

**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA  
 FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE LENTES**

**De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar social en su artículo 39, del Fondo de Empleados de FONALIANZA, determina qué:**

El Auxilio de lentes asignado, será utilizado para atender únicamente situaciones oftalmológicas de los Asociados. Se entiende por situación oftalmológica tales como compra y reemplazo de lentes para gafas bajo prescripción médica con vigencia máxima de un mes de expedición; compra y reemplazo de lentes de contacto bajo prescripción médica con vigencia máxima de un mes de expedición.

El asociado deberá presentar la factura de compra a su nombre o del beneficiario. En ningún caso se tramitará el auxilio para compra de lentes cosméticos o de sol, entre otros según criterio del comité de bienestar.

Cada Asociado tiene derecho a recibir el auxilio de lentes por un valor máximo del 15% SMMLV para Asociados y 10% SMMLV para beneficiarios por año.

Podrá beneficiar a las siguientes personas de su grupo familiar:

<b>Asociados solteros</b>	Padre, madre o hermanos menores de 18 años y que dependan económicamente del asociado (bajo certificación juramentada)			
<b>Asociados solteros con hijos</b>	Hijos hasta los 18 años o hasta los 25 años siempre y cuando dependa económicamente del asociado y se encuentren estudiando y pueda certificarse por la institución educativa.			
<b>Asociados con cónyuge e hijos</b>	Cónyuge (Registro civil de matrimonio o declaración de convivencia) o hijos hasta los 18 años o hasta los 25 años siempre y cuando dependa económicamente del asociado y se encuentren estudiando y pueda certificarse por la institución educativa.			
<b>Fecha de la solicitud:</b>	DIA/MES/AÑO			
<b>DATOS DEL ASOCIADO</b>	<b>Nombre y apellidos</b>			
	<b>Cédula</b>			
	<b>Teléfono</b>			
	<b>Correo electrónico</b>			
	<b>Empresa</b>			
	<b>No de cuenta</b>			
	<b>Seleccione el tipo de cuenta</b>	<b>Ahorros</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Corriente</b>
	<b>Entidad bancaria</b>			
	<b>Ciudad</b>			

**En el caso de solicitar el auxilio para una persona de su grupo familiar según tabla anterior, deberá diligenciar la siguiente información:**

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>	<b>Nombre y apellidos:</b>			
	<b>Documento de identidad:</b>			
	<b>Parentesco:</b>			
<b>Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:</b>				
<b>Factura de compra:</b>	<b>Prescripción médica:</b>	<b>Otro:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cual?</b>

La solicitud debe ser enviada a Fonalianza a través del correo: [Hellen.isao@fonalianza.co](mailto:Hellen.isao@fonalianza.co) o contáctanos al PBX 3009124099 opción 2 o escríbenos al Chat Bot 3105198672, Área de Bienestar y Convenios.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO**

\_\_\_\_\_  
**CÉDULA**

**CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES**

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONALIANZA.
2. El comité de control social verificará y cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta, cancelará automáticamente el trámite de la presente solicitud y constituye falta grave de acuerdo al Estatuto de FONALIANZA.
3. La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los 30 días siguientes a la compra de los lentes.
4. La solicitud debe ir acompañada de la respectiva documentación, según el caso, y será aprobada o rechazada por el Comité de Bienestar.
5. La antigüedad del asociado solicitante debe ser superior a 6 meses al momento de la solicitud.
6. Ninguna solicitud será considerada si el asociado no tiene la antigüedad establecida en el numeral anterior.
7. El Comité de bienestar tiene hasta 3 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

<b>Estudio y Aprobación (Para uso exclusivo de FONALIANZA)</b>				
Aprobado:	<input type="checkbox"/>	Negado:	<input type="checkbox"/>	Aplazado:
			<input type="checkbox"/>	Acta N°: