



**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD Y CALAMIDAD**  
**F-FLZ007**  
**Versión 04**

**El reglamento de Bienestar Social en su artículo 26, del Fondo de Empleados de FONALIANZA, establece qué:**

El Auxilio de Solidaridad y Calamidad será utilizado para atender únicamente situaciones calamitosas de los Asociados. Se entiende por situación calamitosa todo suceso grave o imprevisto que afecte el grupo familiar dependiente del Asociado, como accidentes, enfermedades catastróficas, cirugías de alto riesgo de usted como asociado o sus beneficiarios, gastos médicos o pos operatorios, compra de medicamentos no cubiertos por el P.O.S, gastos hospitalarios (Copago), insumos médicos, ayudas diagnósticas, incendios, inundaciones, terremoto o destrucción violenta ocurrida a su vivienda y que afecte su patrimonio o la salud de su familia.

También aplica para situaciones en donde el asociado manifieste no tener la capacidad económica para realizar la adquisición de un osario/cenizario para el depósito y descanso final de sus beneficiarios. No aplica para cubrir gastos exequiales como sepelios, transporte, inhumación, entre otros derivados de los servicios exequiales.

La solicitud debe ser sustentada debidamente por el asociado y deberá presentar los respectivos soportes o facturas a su nombre o del beneficiario. En ningún caso se tramitarán auxilios por gastos derivados de cirugías o procedimientos estéticos, hurto, honorarios, entre otros según criterio del comité de solidaridad.

Para consultar el reglamento puede ingresar a <https://fonalianza.co/wp-content/uploads/2024/02/reglamento-de-bienestar-2024-fonalianza.pdf>

Fecha de la solicitud:		
<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> <input type="checkbox"/>
	<b>Entidad bancaria</b>	
	<b>Ciudad</b>	

**En el caso de solicitar el auxilio para una persona familiar ( De acuerdo a grado de consanguinidad), deberá diligenciar la siguiente información:**

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>	<b>Nombre y apellidos:</b>	
	<b>Documento de Identidad:</b>	
	<b>Parentesco:</b>	

**Por favor relacione los datos de su jefe inmediato:**

<b>DATOS JEFE INMEDIATO</b>	<b>Nombre y apellidos:</b>	
	<b>Correo electrónico:</b>	
	<b>Teléfono:</b>	

**Marque con una X la opción de acuerdo con su solicitud:**

Situaciones calamitosas <input type="checkbox"/>	Servicios de salud y/o enfermedades graves <input type="checkbox"/>	Osario/cenizario <input type="checkbox"/>
--	---	---

<b>ELABORADO POR:</b> NHI/FLZ	<b>APROBADO POR:</b> MAD/FLZ	<b>FECHA:</b> 04/03/2024
----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------



**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD Y CALAMIDAD**  
**F-FLZ007**  
**Versión 04**

<b>Describa en el siguiente espacio, la situación por la cual realiza su solicitud al Comité de Bienestar (En caso de requerir ampliar la información, puede adicionar una hoja)</b>

<b>Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:</b>							
<b>Facturas:</b>	<b>Historia Clínica Epicrisis:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Copago:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Otro:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cual?</b>

<b>Diligencie el valor de sus gastos y el valor del auxilio solicitado:</b>	
<b>Valor Total de Gastos :</b>	<b>Valor del Auxilio Solicitado:</b>
\$	\$

La solicitud debe ser enviada a Fonalianza a través del correo: Hellen.isao@fonalianza.co o contáctanos al PBX 3009124099 opción 2 o por medio de ADA al WhatsApp app 3105198672, Área de Bienestar y Convenios.

**FIRMA DEL ASOCIADO** \_\_\_\_\_ **C.C.** \_\_\_\_\_

**CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES**

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FONALIANZA.
2. El comité de control social verificará cualquier falsedad detectada en la documentación adjunta que constituya falta grave de acuerdo con el Estatuto de FONALIANZA.
3. La solicitud del auxilio debe hacerse dentro de los 15 días siguientes para solidaridad después de ocurrido el evento y 30 días siguientes para compra de osario/cenizario.
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 90 días 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°:
Observaciones:						

ELABORADO POR: NHI/FLZ	APROBADO POR: MAD/FLZ	FECHA: 04/03/2024
---------------------------	--------------------------	----------------------