

**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA  
 FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE LENTES  
 Versión. 02**

**De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar social en su artículo 33, 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 10% SMMLV para Asociados y 8% SMMLV para beneficiarios por año.

Podrá beneficiar a las siguientes personas de su grupo familiar:

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

<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>	DÍA/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>	<b>Cual?</b>
		<input type="checkbox"/>	

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 por medio de ADA al WhatsApp app 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 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 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>				
<b>Aprobado:</b>	<b>Negado:</b>	<b>Aplazado:</b>	<b>Acta N°:</b>	
<b>ELABORADO POR:</b> NHI/FLZ	<b>APROBADO POR:</b> MAD/FLZ	<b>FECHA:</b> 04/03/2024		