

	FORMATO	Código: FO-DA-08
	APLICACIÓN AL AUXILIO DE LENTES Y MONTURAS	Versión: 2
		Fecha: 18/01/2024
		Página: 1 de 1

Ciudad: _____

Fecha: _____

Yo _____ identificado con C.C.____
 C.E.____ P.P.T.____ PA.____ No. _____, Autorizo al **Fondo de Empleados de Pollos Bucanero**, para que realice la aplicación del auxilio de lentes y monturas, por valor de **\$80.000**, y sea depositado en mi cuenta bancaria de nómina.

Nombre de la óptica: _____

Nombre del Beneficiario	Documento de identidad	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____

IMPORTANTE:

1. Para acceder al auxilio de lentes y monturas que ofrece Fondebucanero el asociado debe tener una antigüedad mínima de ocho (8) meses en el Fondo de Empleados.
2. Para su aprobación, favor anexar la Factura de pago, cuya fecha de expedición no debe ser superior a (30) días y deberá estar a nombre del asociado y/o cualquier miembro de su grupo familiar primario (Padres, Cónyuge e Hijos).
3. Solo se podrá solicitar una vez por año.

Válido hasta agotar recursos

Área: _____

Firma: _____

Celular: _____

Cédula: _____

Email: _____