

# SOLICITUD AUXILIO PARA ANTEOJOS LENTE DE CONTACTO – CIRUGÍA

GERENCIA DE TALENTO HUMANO



**PREVISORA**  
SEGUROS

NOMBRE FUNCIONARIO		CÓDIGO	C.C. No.	<input type="checkbox"/> 1er. AÑO DE VIGENCIA <input type="checkbox"/> 2do. AÑO DE VIGENCIA			
<input type="checkbox"/> CONVENCIONADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO	SUCURAL	DEPENDENCIA	EXT.	FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA

COMEDIDAMENTE SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN CONCEDERME EL AUXILIO PAR ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO O CIRUGÍA, PARA LO CUAL ANEXO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS.

ENTIDAD QUE REALIZA EL EXAMEN:	COSTO: \$	FACTURA No. /COTIZACIÓN
ENTIDAD QUE PROVEE LOS LENTES DE CONTACO:	COSTO: \$	FACTURA No./COTIZACIÓN
ENTIDAD QUE PROVEE LA MONTURA Y LENTES:	COSTO: \$	FACTURA No./COTIZACIÓN
ENTIDAD QUE REALIZA LA CIRUGÍA:	COSTO: \$	FACTURA No./COTIZACIÓN

FIRMA DEL SOLICITANTE

<b>SOLICITUD APROBADA:</b> SI <input type="checkbox"/> NO POR VALOR DE \$ _____	<b>PAGADO POR:</b> <input type="checkbox"/> ORDEN DE PAGO <input type="checkbox"/> NÓMINA _____	AUTORIZA _____
---	---	-------------------

FO-ANP-003

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE

1. Formato debidamente diligenciado
2. Factura electrónica expedida por la empresa o cuenta de cobro debidamente expedida por profesional legalmente autorizado para prestar el servicio profesional en la cual conste el valor del servicio.
3. Copia del RUT actualizado

## OBSERVACIÓN PARA SOLICITUDES DE AUXILIO DE ANTEOJOS CON LA COTIZACIÓN

Los funcionarios que soliciten el pago del presente auxilio con la cotización deberán legalizar el reconocimiento del auxilio, remitiendo a LA COMPAÑÍA, en un término no superior a un (1) mes contado a partir de la fecha del desembolso, la factura expedida por la empresa o cuenta de cobro expedida por profesional legalmente autorizado para prestar dichos servicios, en la cual conste el valor del servicio junto con la copia del RUT actualizado.

Para el desembolso del auxilio con la cotización **del** servicio, el funcionario deberá diligenciar la siguiente

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO - POR NO LEGALIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a)\_\_\_\_\_, actuando en nombre propio y teniendo la calidad de trabajador de la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS; AUTORIZO a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS a descontar el valor otorgado por auxilio de anteojos si en el término de un mes contado a partir de la fecha del desembolso no he presentado la evidencia de pago.

Para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_.

DEUDOR

NOMBRE:	C.C.	FIRMA:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	

FO-ANP-003

S E G