



**FONDO DE EMPLEADOS CRECER SOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO DE LENTES**

**De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar social en su artículo 30, del Fondo de Empleados CRECER SOS, 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. 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 5% SMMLV por año.

|                           |                                     |                |  |                  |  |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------|--|------------------|--|
| <b>FECHA DE SOLICITUD</b> |                                     |                |  |                  |  |
| <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> |  | <b>Corriente</b> |  |
|                           | <b>Entidad bancaria</b>             |                |  |                  |  |
| <b>Ciudad</b>             |                                     |                |  |                  |  |

|   |  |                                       |               |
|---|--|---------------------------------------|---------------|
| <b>Por favor marque los documentos que anexa, como soporte de la solicitud:</b> |  |                                       |               |
| <b>Factura de Compra:</b> <input type="checkbox"/>                              | <b>Prescripción médica:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Otro:</b> <input type="checkbox"/> | <b>¿Cual?</b> |

La solicitud debe ser enviada a CRECER SOS a través del correo electrónico [auxiliosfondocrecer@gmail.com](mailto:auxiliosfondocrecer@gmail.com). En el caso de no tener acceso a este medio puede remitir su solicitud al Whatsapp Corporativo **3127971138**.

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

\_\_\_\_\_  
**CEDULA**

**CONDICIONES GENERALES Y AUTORIZACIONES**

1. La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para CRECER SOS.
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 CRECER SOS.
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 CRECER SOS)</b> |   |   |                 |  |
| <b>Aprobado:</b> <input type="checkbox"/>                      | <b>Negado:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Aplazado:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Acta N°:</b> |  |