



**FONDO DE EMPLEADOS CRECER SOS**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO POR INCAPACIDAD**  
**De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Bienestar en su artículo 25, del Fondo de Empleados de CRECER SOS, determina qué:**

El Auxilio por Incapacidad será utilizado para sufragar gastos a causa de la incapacidad laboral superior a 30 días por enfermedad general del asociado. Deberá presentar a CRECER SOS, los documentos necesarios para demostrar e periodo de incapacidad. Cada asociado tiene derecho a recibir auxilio de incapacidad hasta por el 15% de un (1) salario mínimo mensual legal vigente SMMLV, una vez al año de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

Para consultar el reglamento puede ingresar a [www.fecreecer.com.co](http://www.fecreecer.com.co)

FECHA DE SOLICITUD				
DATOS DEL ASOCIADO	Nombre y apellidos			
	Cédula			
	Teléfono			
	Correo electrónico			
	Empresa			
	No de cuenta			
	Seleccione el tipo de cuenta	Ahorros		Corriente
	Entidad bancaria			
	Ciudad			

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

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

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

**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 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 tres (3) meses al momento de la solicitud.
6. Ninguna solicitud será considerada si el asociado no tiene la antigüedad establecida en el numeral anterior.
8. El Comité de Bienestar hasta 3 días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

Estudio y Aprobación (Para uso exclusivo de CRECER SOS)			
Aprobado: <input type="checkbox"/>	Negado <input type="checkbox"/>	Aplazado <input type="checkbox"/>	Acta N°
Observaciones:			