

## SOLICITUD AUXILIO ODONTOLÓGICO

NOVEDADES DE PERSONAL



NOMBRE FUNCIONARIO:	C.C. No.	CÓDIGO:	
SUCURSAL:	DEPENDENCIA:	EXTENSIÓN:	FECHA DE SOLICITUD:

<b>TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO</b>
Realice una breve descripción del tratamiento que tomará, valor estimado, nombre del profesional y relación de la factura y/o cuenta de cobro.

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

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

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL TRÁMITE

1. Formato debidamente diligenciado
2. Factura expedida por la empresa odontológica o cuenta de cobro debidamente expedida por el odontólogo profesional, legalmente autorizado para prestar dichos servicios profesionales, en la cual conste el valor del tratamiento o servicio.
3. Copia del RUT

### OBSERVACIÓN PARA SOLICITUDES DE AUXILIO ODONTOLÓGICO CON LA COTIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los funcionarios que soliciten el pago del presente auxilio con la cotización del tratamiento o servicio odontológico, 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 odontológica o cuenta de cobro expedida por el odontólogo profesional legalmente autorizado para prestar dichos servicios, en la cual conste el valor del tratamiento o servicio odontológico y se especifique que el tratamiento fue pagado, junto con la copia del RUT.

Para el desembolso del auxilio con la cotización del tratamiento o servicio odontológico, 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 odontológico 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:	