



FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA
SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD

(FORMATO 09/25)

INFORMACION ASOCIADO			
Fecha Solicitud:	Cedula:		
Nombre Asociado:	Celular Personal:		
Direccion:	Agencia/Ciudad de trabajo:		
Cargo:	Empresa:		
Auxilio solicitado: <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Calamidad <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Invalidez Funerario: <input type="checkbox"/> Asociado(a) <input type="checkbox"/> Beneficiario(a) _____			
Datos para Consignación:			
Cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> o Corriente <input type="checkbox"/> del banco: _____ N° _____			
Firma Asociado: _____ O Firma Beneficiario: _____			
ESPACIO PARA USO OFICINA FONDO DE EMPLEADOS			
Fecha recibida solicitud:	Antigüedad asociado		
Observación:			
ESPACIO PARA USO COMITÉ			
Fecha de aprobación:	Valor aprobado:		
Firmas aprobación:			
Observación:			