



NIT 830.062.643-2

Bogotá, _____ de _____ de 2019

Señores

JUNTA DIRECTIVA

FONDO DE EMPLEADOS DE PAN PA YA LTDA.

Bogotá

Asunto: Solicitud Auxilio de Hospitalización

Apreciados Señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitarles el auxilio de hospitalización que el Fondo de Empleados otorga a sus asociados.

Adjunto el recibo de pago de los gastos por hospitalización y constancia expedida por el hospital a nombre de: _____.

NOMBRE:	
C. C. No.	TELEFONO:
CODIGO:	SUCURSAL O AREA:

USO EXCLUSIVO PARA FOEMPAYA

TIEMPO DE AFILIADO:	PORCENTAJE:
---------------------	-------------

Cordialmente,

FIRMA:	
APROBADO	
VALOR	

