

FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY "FEDEMARLY"

NIT. 860.025.786-9

Personería jurídica resolución N° 0594 de febrero 21 de 1959

Ministerio de justicia

AUXILIO DE INCAPACIDAD

NOMBRE _____ FECHA DE SOLICITUD _____

DEPENDENCIA _____ CARGO QUE DESEMPEÑA _____

EXT _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

COSTO _____ TIPO DE INCAPACIDAD EG _____ LM _____ AT _____ OTRA CUAL _____

FECHA INICIO DE INCAPACIDAD _____

FECHA FIN DE INCAPACIDAD _____

MOTIVO DE INCAPACIDAD _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

INCAPACIDAD	
-------------	--

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ C.C. _____

CODIGO _____ FECHA DE INGRESO A FEDEMARLY: _____

No. CUENTA BANCARIA: _____ BANCO _____

TIPO: AHORROS__ CORRIENTE__ VALOR _____

APROBADO: SI__ NO__ FECHA DE APROBACIÓN _____ ACTA No _____

COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL

GERENTE

FECHA DE DESEMBOLSO _____

NOTA: Para tramitar esta solicitud es requisito indispensable ser socio del Fondo de Empleados de la Clínica de Marly