

FONDO DE EMPLEADOS SABI
NIT 801.002.901.- 6
SOLICITUD DE AUXILIO

Radicado
Día Mes Año

DATOS PERSONALES SOLICITANTE

Nombres y Apellidos _____ Cédula _____ De _____
Como aparece en la Cédula de Ciudadanía
Dirección de Residencia _____ Ciudad _____ Cel. _____
Sucursal _____ Cargo _____ Antigüedad emp. _____

ESPECIFICACIONES DE LA SOLICITUD

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>	DEFUNCION	<input type="checkbox"/>
CALAMIDAD DOMESTICA	<input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>
EDUCACION	<input type="checkbox"/>	LENTES	<input type="checkbox"/>

Auxilio para: ASOCIADO(A) ○ BENEFICIARIO(A)

Monto a evaluar : \$ _____

Sustentación detallada de la solicitud:

Recordar que para solicitar el auxilio debe tener una antigüedad mínima de 12 meses, presentar la solicitud durante el mes después de la eventualidad como plazo límite y solo tendrá derecho a un auxilio por año, debe tener la encuesta socio-económica diligenciada en el FE SABI, Recuerde presentar los soportes necesarios; para más información puede consultar el Reglamento de Solidaridad y bienestar social en la página WEB www.fondoibg.com

FIRMA
Cédula

Correo electrónico:

Vo.Bo. Junta Directiva
Acta Nro.

Fecha

AUTORIZACION CONSIGNACION DEL FONDO DE EMPLEADOS SABI

YO _____ identificado (a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** Nro. _____ de _____, autorizo al Fondo de Empleados SABI para que me sea consignado el valor autorizado, por **CONCEPTO** de _____.

CUENTA Nro. _____

BANCO. _____

CLASE CUENTA: Corriente _____ O de ahorros _____

TITULAR DE LA CUENTA _____.

identificado(a) cédula de ciudadanía Nro. _____ de _____.

Dado en la ciudad de _____, a los _____ () del mes de _____ del 20_____.

Atentamente,

Nombre asociado (a):

Celular:

Correo electrónico:

Sucursal: