

 Fondo de Empleados del CIAT			FORMATO DE RELACIÓN DE GASTOS AUXILIO POR CALAMIDAD EN SALUD					
NOMBRE ASOCIADO:						CÉDULA No.		
FECHA			DESCRIPCIÓN	Valor. COPAGO	Valor. TRANSPORTE	Valor. ALIMENTACIÓN	Valor. OTROS	TOTAL
DÍA	MES	AÑO						
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
								\$
TOTAL GASTOS								\$ -

PARA DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE CRECIAT	Consecutivo solicitud	No.
--	-----------------------	-----