

 Fondo de Empleados del CIAT			FORMATO DE SOLICITUD DE AUXILIO POR CALAMIDAD EN SALUD			
Fecha de solicitud:			Nombre del asociado (a) que solicita el auxilio:		Cédula No.:	
Día	Mes	Año				
			Tipo de asociado	Patrocinio :		
				Extensión :		
Motivo por el cual solicita el auxilio: <i>Describa brevemente en sus palabras la situación calamitosa que se encuentre atrevesando, dando cuenta del nombre del miembro del grupo familiar primario afectado y de la EPS a la que se encuentra vinculado.</i>						
INFORMACIÓN DEL ASOCIADO						
Vr. Total gastos no cubierto por la EPS:		Declara Renta		Documentos soportes: <i>Indique con una X al frente.</i>		
				Historia Clínica		
				Facturas		
				Órdenes médicas		
				Relación de gastos		
				Contratos/Declaración juramentada		
INFORMACIÓN DE LA CUENTA DEL ASOCIADO PARA EL REINTEGRO						
Información del titular		Nombre del Banco		Número de Cuenta		
Nombre:						
Documento No.		Cuenta CRECIAT				
FIRMA ASOCIADO						
Recibido por:				Fecha de recibido:		
PARA DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE CRECIAT						
Consecutivo solicitud	Ingreso / Salario	Afectación del 30%		Valor real y justificado de gastos no cubiertos por el PBS		
No.						
CONCEPTO ÁREA PSICOSOCIAL						