



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    |  |

