



Fondo de Empleados
ManpowerGroup
Colombia

**SOLICITUD DE AUXILIO
PROGRAMAS DE SALUD**

FECHA DE
SOLICITUD

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO AL FONDO DE EMPLEADOS

NOMBRES:

CÉDULA:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

CIUDAD:

CELULAR:

E-MAIL:

E.P.S:

EMPRESA:

TIPO DE SOLICITUD

SELECCIONE EL AUXILIO QUE SOLICITA:

SI EL AUXILIO APLICA Y ES PARA UN BENEFICIARIO, REGISTRE SUS DATOS

NOMBRES:

PARENTESCO CON EL ASOCIADO:

TIPO DE DOCUMENTO:

NÚMERO DE DOCUMENTO: