



SOLICITUD DE SUBSIDIO FÚNEBRE G4-02-31

VERSIÓN 1

OCTUBRE DE
2019

Señor
**COORDINADOR (A) DE AFILIACIONES Y SUBSIDIO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA
CIUDAD**

Fecha de Elaboración		
AAAA	MM	DD

Cordial saludo,

COBRO DE AUXILIO FÚNEBRE (Marque con una x)

Yo _____, identificado (a) con C.C C.E

P.A T.I C.D P.E con número _____ de _____, solicito el pago de **auxilio fúnebre** por el beneficiario y/o trabajador _____, quien falleció el día ___ de _____ del año _____.

SOLICITUD TRASLADO DE SALDO (Marque con una x)

Así mismo solicito el traslado de saldo que se encuentra cargado actualmente en la tarjeta Multiservicios del trabajador.

Lo anterior por las siguientes personas a cargo.

Todos los beneficiarios registrados en la Caja De Compensación.

Beneficiarios específicos (favor describa quienes)

Nombres _____	Apellidos _____
Nombres _____	Apellidos _____
Nombres _____	Apellidos _____
Nombres _____	Apellidos _____

Atentamente,

C.C De:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Nota: **Adjunte los siguientes documentos:**

- **Registro De Defunción del beneficiario y/o trabajador**
- **Fotocopia de cedula del solicitante**



NEIVA Calle 11 No. 5-63 P.B.X. (8)8713093 FAX. (8)8721725
PITALITO Calle 5 No. 5-62 PBX. 8366158 - 8360095 Fax. 836158 Ext. 103
GARZÓN Calle 7 No. 8-34 PBX. 8332178 Fax. 8333404
LA PLATA Calle 4 No. 4-62 Tel. 8370020
www.comfamiliarhuila.com NIT. 891.180.008-2

