



Sindicato de Trabajadores del Hospital Universitario San Ignacio

Personería Jurídica N° 003026 del 4 de agosto de 1.974

Filial a la CUT-ISP

AUXILIO DE DEFUNCION (HIJOS, PADRES, CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE)

Doctora

MARÍA FERNANDA RUBIO LLANO

(ciudad y fecha)

Directora Oficina de Gestión Humana

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

La ciudad

Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) con la cédula número _____, afiliado(a) a Sintrasanignacio, por medio del presente escrito, solicito el auxilio de defunción (Hijos, padres, conyugue o compañero permanente) según convención colectiva de trabajo, Clausula 26 numeral 3.

Adjunto soportes:

- Registro civil de defunción
- Documentos que comprueben parentesco (Registro civil de nacimiento o registro de matrimonio – declaración extrajuicio de convivencia)
- Fotocopia de la cedula del afiliado(a)

Agradezco se me conceda este beneficio dado que soy afiliado(a) a la organización sindical de SINTRASANIGNACIO.

Cordialmente,

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Correo electrónico: _____

Celular: _____

Cargo: _____