



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 DEL TRABAJADOR

Doctora _____ (ciudad y fecha)
MARÍA FERNANDA RUBIO LLANO
Directora Oficina de Gestión Humana
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
La ciudad

Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) con la cédula número _____, por medio del presente escrito, solicito el auxilio de defunción según convención colectiva de trabajo, Clausula 26 numeral 4.

Adjunto soportes:

- Registro civil de defunción (Máximo 30 días después del evento)

Agradezco se me conceda este beneficio de la CCT de la organización sindical de SINTRASANIGNACIO.

Cordialmente,

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Correo electrónico: _____

Celular: _____

Nombre del Trabajador: _____

Cédula: _____

Parentesco: _____