



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: