



**FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

NIT. 860.016.249-7
Carrera 3a. #17-73 Piso 1
Telefono 2431287 Fax 2433539

SOLICITUD DE AUXILIO EDUCATIVO

DATOS PERSONALES ASOCIADO

Nombres y Apellidos _____ CC CE _____
No. Extensión _____ Celular _____ E-mail Universidad _____

INFORMACION LABORAL

Dependencia _____ Cargo _____

INFORMACION DEL BENEFICIARIO

Beneficiario del auxilio Asociado Hijo Nombres y Apellidos _____
Nivel Educativo Preescolar Técnica Curso, nivel o semestre _____
 Primaria Universitaria
 Secundaria

Establecimiento educativo _____

PARA TENER EN CUENTA

En caso de presentar soportes ya cancelados, el auxilio se consigna a la cuenta bancaria del Asociado registrada en el Fondo.
No olvide adjuntar Certificado de estudios, Registro civil de nacimiento y soportes

Atentamente,

Firma Asociado

Ciudad y fecha

ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO UNIANDES

Salario \$ _____ Fecha de Afiliación

DD	MM	AA
----	----	----

 Tiempo de Afiliación _____
Edad del beneficiario _____ años

Aprobado

SI	NO
----	----

 Fecha

DD	MM	AA
----	----	----

 Nombre y Firma Funcionario _____