



SINTRACARBON

FORMATO PARA SOLICITUD DE SOLIDARIDAD X INCAPACIDAD

APROBADO POR LA ASAMBLEA NACIONAL DE DELEGADOS PARA TRABAJADORES CON INCAPACIDAD POR 20 DIAS CONTINUOS O MÁS.

(Por favor diligenciar con letra imprenta y legible)

APELLIDOS	NOMBRES	IDENTIFICACION

DATOS SOBRE LA INCAPACIDAD

EPS _____ No. _____ Código _____ Días _____
(Días acumulado _____)

Diagnóstico: 1. _____
2. _____
3. _____

Dirección residencia: _____ Lugar: _____

No. Teléfono: _____ y _____

Lugar de Trabajo: Mina Puerto Bolívar Bogotá

Sección: _____ Departamento: _____

AUTORIZO CONSIGNAR EL VALOR DE LA INCAPACIDAD EN LA SIGUIENTE CUENTA:

CTA No. _____ BANCO _____ Ahorro: Corriente

O ENVIAR CHEQUE A LA OFICINA DE LA MINA DEJAR OFICINA RIOHACHA

Para uso de SINTRACARBON

Recibido Por: _____

DD

MM

AA