

SOLICITUD BECA DE REEMBOLSO



Código: FRBS-04

Versión: 01/2024

Fecha: 08.03.2024

FECHA	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
ASOCIADO	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
REGISTRO	<input style="width: 100%;" type="text"/>	NO. IDENTIFICACIÓN	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Tipo de beneficiario (Asociado, cónyuge, hijos, padres)	Descripción: Estudios, suscripción, libros, etc	Valor (\$)

DATOS DE CONSIGNACIÓN:

Tipo cuenta (Ahorros, Corriente):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de cuenta:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Entidad:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ciudad origen de la cuenta:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Identificación del titular de la cuenta:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nombre titular de la cuenta:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Firma de asociado _____

ESPACIO RESERVADO PARA CRECENTRO:

El asociado ha tomado anteriormente beca?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Vr. tomado (\$):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			VR. Autorizado (\$):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
_____ FIRMA TRABAJADOR QUE AUTORIZA			C.Costo	<input style="width: 100%;" type="text"/>