

SOLICITUD DE INTERCAMBIO A OTRAS CAJAS DE COMPENSACION



DATOS DEL RESPONSABLE DE LA RESERVA

NOMBRES COMPLETOS		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
SEXO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NIT O CEDULA	OCUPACION
LUGAR DE PROCEDENCIA		DIRECCION	TELEFONO
NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCION
CATEGORIA		ACOMODACION	MOTIVO SOLICITUD
A	<input type="checkbox"/>	Cabaña <input type="checkbox"/>	Descanso <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>		Trabajo <input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>	Habitación <input type="checkbox"/>	Turismo <input type="checkbox"/>
Intercambio	<input type="checkbox"/>		Seminario <input type="checkbox"/>
FECHA DE LLEGADA		FECHA DE SALIDA	
DD	MM	AA	
		No. NOCHES	
		TARIFA	

RELACION DE PERSONAS A HOSPEDARSE

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	PARENTESCO
Total de Personas		Total Niños Menores de 5 años	Valor Total del Servicio

USO EXCLUSIVO DE COMFABOY

LIQUIDACION

CAJA INTERCAMBIO	APROBACION	FECHA	CONCEPTO	VR. UNITARIO	TOTAL RESERVA
			Hospedaje		
			Seguro Hotelero		

OBSERVACIONES: Se anexa evidencia sobre cancelación de la respectiva Reserva por valor de \$

Firma del Solicitante

CONSIGNACION BANCO

PAGO EN COMFABOY

	Factura No.	Recibo de Caja No.
--	-------------	--------------------