

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"/>	Doble	<input type="checkbox"/>		
B	<input type="checkbox"/>			Triple	<input type="checkbox"/>		
C	<input type="checkbox"/>	Habitación	<input type="checkbox"/>	Cuadruple	<input type="checkbox"/>		
Intercambio	<input type="checkbox"/>			Multiple	<input type="checkbox"/>		
DESCANSO		OTRO:					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
TRABAJO							
<input type="checkbox"/>							
TURISMO							
<input type="checkbox"/>							
SEMINARIO							
<input type="checkbox"/>							
FECHA DE LLEGADA			FECHA DE SALIDA			No. NOCHES	
DD	MM	AA	DD	MM	AA		
						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

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

Firma del Solicitante

USO EXCLUSIVO DE COMFABOY

CAJA INTERCAMBIO

LIQUIDACION

CONCEPTO	VR. UNITARIO	TOTAL LIQUIDACION
Hospedaje		
Seguro Hotelero		

CONSIGNACION BANCO

PAGO EN COMFABOY

Factura No.

Recibo de Caja No.