



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR – FEBIFAM

**FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR
FEBIFAM
SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD**

Nombre del Asociado _____ **C.C. No.** _____

Celular No. _____ **Sitio de Trabajo** _____

Calidad del asociado _____ (empleado, pensionado, ex –empleado)

DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN:

VALOR DE LOS GASTOS REALIZADOS: \$ _____

Nuestro lema servir, nuestra imagen usted.
Av.2E Norte # 24N -106 Tels: 556-1566/1519 Cels: 310-490-6456 / 312-262-0222
Email: Febifam@hotmail.com – Cali
Personería Jurídica No. 1525 de agosto 12 de 1985



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR – FEBIFAM

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C. No. _____

Espacio reservado para FEBIFAM

Fecha: _____

CONCEPTO Y APROBACION DE LA ADMINISTRACIÓN

Presidente Comité

Secretario

Nuestro lema servir, nuestra imagen usted.

Av.2E Norte # 24N -106 Tels: 556-1566/1519 Cels: 310-490-6456 / 312-262-0222

Email: Febifam@hotmail.com – Cali

Personería Jurídica No. 1525 de agosto 12 de 1985