



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

**SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**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:** \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO**

**C.C. No.**

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](mailto:Febifam@hotmail.com) – Cali

Personería Jurídica No. 1525 de agosto 12 de 1985