



FONDO DE EMPLEADOS DE
COMFENALCO SANTANDER

EDICION: 1

CODIGO:
FT-SOLIDARIDAD-01

FORMATO SOLICITUD DE SOLIDARIDAD

Fecha:	DIA _____ MES _____ AÑO _____
No Solicitud	

ASOCIADO: _____

No. Documento: _____ **Dependencia:** _____

Dirección Residencia: _____

Fecha de Ingreso al Fondo: _____

El Auxilio es solicitado por:

- Calamidad Domestica Auxilio de Defunción Nacimiento de Hijo (a)
- Auxilio de Gafas Auxilios por salud Auxilio por robo
- Aplica solo para pensionados

Descripción de la Eventualidad:

Firma del Asociado Solicitante: _____

Le recordamos que el Fondo de Empleados de Comfenalco Santander- Acomfenalco Ltda.- tiene una Política de tratamiento de la Información personal, la cual podrá consultar enviando una solicitud al correo electrónico acomfenalcoltda@yahoo.com o en nuestro punto de atención al personal ubicado en la carrera 31 # 51 – 74 edificio Torre Mardel oficina 505.

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE SOLIDARIDAD

Fecha de la Reunión: Día _____ Mes _____ Año _____

Solicitud Aprobada: Si _____ No _____

Valor: \$ _____

Observaciones: _____

Integrantes Comité: _____
