

FECHA DD/MM/AAAA

Señores:

COMITÉ DE SOLIDARIDAD

COOPMINCOM

Bogotá D.C

Asunto: Solicitud reconocimiento Auxilios para Servicios Médicos Hospitalarios no cubiertos por el sistema de seguridad social en salud o no incluidos en el PBS

Yo: _____ identificado(a) con documento de identidad número _____ solicito el reconocimiento de un Auxilio para Servicios Médicos Hospitalarios no cubiertos por el sistema de seguridad social en salud o no incluidos en el PBS

Autorizo para que COOPMINCOM realice el desembolso de mi auxilio por medio de:

CHEQUE A MI NOMBRE ☐
CHEQUE A UN TERCERO ☐

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A MI NOMBRE ☐
TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A UN TERCERO ☐

Para giros en cuenta o cheque a un tercero por favor diligencie la siguiente información.

Tipo de Documento	No. Documento	Nombre Completo	No. Cuenta	
			Banco	Tipo Cuenta CT ☐ AH ☐

Copia de la formula y factura de compra de medicamentos y/o servicios médicos u hospitalarios. ☐

Factura de elementos o tratamientos no cubiertos por EPS o planes complementarios de salud. ☐

Certificación o copia del formato expedido por la Cooperativa donde conste que los Beneficiarios del Asociado están previamente inscritos. ☐

Certificación de la EPS. ☐

Fotocopia del documento de identidad ☐

Adjunto a esta solicitud los documentos que respaldan mi petición, para un total de _____ folios.

Cordialmente.

Firma Asociado

Correo Electrónico

Celular

ESPACIO EXCLUSIVO COOPMINCOM

ESTADO DE CUENTA ☐

ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

APROBADO: SI ☐ NO ☐ ACTA: _____ FECHA: DD/MM/AAAA VALOR: \$ _____

VALOR EN LETRAS: _____

OBSERVACIÓN: _____

Firma Coordinador(a) Comité Solidaridad

Firma Secretario(a) Comité Solidaridad