



Coopmincom

COMITÉ DE SOLIDARIDAD RADICACION AUXILIO INCAPACIDAD

No, Fecha de Radicación y Firma

FECHA	
ASOCIADO	
C.C.	
DIRECCIÓN	
EMAIL	
CELULAR	
FIJO	

DOCUMENTACION ANEXA

FOTOCOPIAS DE:	CC		CARNET ARP		CARNET ASEGURADORA	
CARNET EPS	INCAPACIDAD					
No. DE CUENTA						
BANCO						
AHORROS		CORRIENTE.				

OBSERVACIONES

_____ **FIRMA SOLICITANTE**

USO EXCLUSIVO COMITÉ SOLIDARIDAD

APROBACIÓN

ACTA No.	FECHA	DÍAS	VALOR \$	
VALOR EN LETRAS:				
SÍ	NO	CON CONDICIÓN	APLAZADO	
EPS	ASEGURADORA	ARP		
FECHA AFILIACIÓN		NOMINA		

OBSERVACIONES

_____ **COORDINADOR (A) COMITÉ**

_____ **SECRETARIO (A) COMITÉ**