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

Hemor