



Coopmincom

COMITÉ DE SOLIDARIDAD RADICACION AUXILIO SERVIVIO MEDICO Y/O HOSPITALITARIO

No, Fecha de Radicación y Firma

FECHA	
ASOCIADO	
C.C.	
DIRECCIÓN	
EMAIL	
CELULAR	FIJO

DOCUMENTACION ANEXA

FOTOCOPIA DE:	CC. ASOCIADO	CC Y/O TI. BENEFICIARIO	
ORIGINAL DE:	FACTURA DE COMPRA MEDICAMENTOS		
	FACTURA PAGO SERVICIOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS		
	CERTIFICACIÓN PERSONA ESPECIAL Y/O ENFERMEDAD		
No. DE CUENTA		AHORROS	CORRIENTE
BANCO			

OBSERVACIONES

FIRMA SOLICITANTE

USO EXCLUSIVO COMITÉ SOLIDARIDAD

APROBACIÓN

ACTA No.	FECHA	VALOR \$	

VALOR EN LETRAS:

SÍ	NO	CON CONDICIÓN	APLAZADO

CENTRO MEDICO

CONCEPTO DEL PAGO:	

FECHA AFILIACIÓN

NOMINA

OBSERVACIONES

COORDINADOR (A) COMITÉ

SECRETARIO (A) COMITÉ

Hemor