



# Coopmincom

## COMITÉ DE SOLIDARIDAD RADICACION AUXILIO SERVIVIO MEDICO Y/O HOSPITALITARIO

No, Fecha de Radicación y Firma

<b>FECHA</b>	
<b>ASOCIADO</b>	
<b>C.C.</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>CELULAR</b>	
<b>FIJO</b>	

### DOCUMENTACION ANEXA

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

### OBSERVACIONES


FIRMA SOLICITANTE

### USO EXCLUSIVO COMITÉ SOLIDARIDAD

#### APROBACIÓN

<b>ACTA No.</b>	<b>FECHA</b>	<b>VALOR \$</b>	

VALOR EN LETRAS:

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>CON CONDICIÓN</b>	<b>APLAZADO</b>

CENTRO MEDICO

<b>CONCEPTO DEL PAGO:</b>	

FECHA AFILIACIÓN

NOMINA

<b>OBSERVACIONES</b>

COORDINADOR (A) COMITÉ

SECRETARIO (A) COMITÉ

Hemor