

FECHA DD/MM/AAAA

Señores:  
**COMITÉ DE SOLIDARIDAD  
COOPMINCOM**  
Bogotá D.C

**Asunto:** Solicitud reconocimiento Auxilio calamidad doméstica por afectación grave de salud.

Yo: \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_ solicito el reconocimiento de un Auxilio por calamidad doméstica.

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 <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/>

Certificaciones legales, que acrediten la dependencia económica del Asociado, en el caso que el afectado sea familiar, y se encuentre hasta el primer (1º.) grado de consanguinidad del Asociado.

Certificación actualizada de la EPS, donde conste que el afectado se encuentra dentro del grupo de Beneficiarios en Salud del Asociado.

Para el caso de grave afectación a la Salud o integridad física del Familiar, facturas de los tratamientos o medicamentos NO cubiertos por el PBS.

Facturas o copia original de los tratamientos médicos o medicamentos no cubiertos por la E.P.S.

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