



FECHA DD/MM/AAAA

Señores:
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
COOPMINCOM
 Bogotá D.C

Asunto: Solicitud reconocimiento Auxilio por Copagos o Medicina Prepagada.

Yo: _____ identificado(a) con documento de identidad número _____ solicito el reconocimiento de un Auxilio por Copagos o Medicina Prepagada del Beneficiario _____ identificado(a) con documento de identidad número _____.

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"/>

Factura o constancia de la suma cancelada por el Asociado en la que se identifique claramente que se trata de un COPAGO y el documento que acredite la vinculación con el causante de dicha erogación.

Certificación o copia del formato expedido por la Cooperativa donde conste que los Beneficiarios del Asociado están previamente inscritos.

Constancia de la EPS donde conste que es beneficiario de salud.

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