

FECHA DD/MM/AAAA

Señores:
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
COOPMINCOM
 Bogotá D.C

Asunto: Solicitud reconocimiento Auxilio por Enfermedad catastrófica.

Yo: _____ identificado(a) con documento de identidad número _____ solicito el reconocimiento de un Auxilio Enfermedad catastrófica.

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"/> |

Fotocopia del documento de identidad

Copia de la EPICRISIS o historia clínica expedida por la EPS o gestora de salud.

Certificación de la EPS.

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