AUXILIO POR INCAPACIDAD MÉDICA.

FECHA DD/MM/AAAA

Señores:
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
COOPMINCOM
Bogotá D.C

Asunto: Solicitud reconocimiento Auxilio por incapacidad médica.

Yo: _____identificado(a) con documento de identidad número _____ solicito el reconocimiento de un Auxilio por incapacidad médica.

Autorizo para que COOPMINCOM realice el desembolso de mi auxilio por medio de:

CHEQUE A MI NOMBRE ☐ **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A MI NOMBRE** ☐
CHEQUE A UN TERCERO ☐ **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 ☐ AH ☐

Fotocopia del documento de identidad ☐ Incapacidad médica expedida por la EPS, Medicina prepagada, ARL y/o aseguradora a la cual se encuentra afiliado el Asociado. ☐ Certificación de afiliación a la EPS, Medicina prepagada o ARL. ☐

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: _____ DÍAS APROBADOS: _____

OBSERVACIÓN: _____

_____

Firma Coordinador(a) Comité Solidaridad **Firma Secretario(a) Comité Solidaridad**