



FECHA DD/MM/AAAA

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

**Asunto:** Solicitud reconocimiento Auxilios para Servicios Médicos Hospitalarios no cubiertos por el sistema de seguridad social en salud o no incluidos en el PBS

Yo: \_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_ solicito el reconocimiento de un Auxilio para Servicios Médicos Hospitalarios no cubiertos por el sistema de seguridad social en salud o no incluidos en el PBS

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"/>

Copia de la formula y factura de compra de medicamentos y/o servicios médicos u hospitalarios.

Factura de elementos o tratamientos no cubiertos por EPS o planes complementarios de salud.

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

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