



SOLICITUD
AUXILIO CLINICO

Ciudad y Fecha: Radicación No.

FAVOR: Diligenciar este formato en letra imprenta legible

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

1er. Apellido 2do. Apellido Nombres
Tipo Identificación: C.C. NIT. No. de Sexo M F
Dirección Domicilio: Barrio: Tel. Domicilio: Edad
Fecha de Afiliación a la Cooperativa: Día Mes Año

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa Donde Labora: Ciudad: Cargo: Zona:
Fecha de Ingreso a la Empresa: Día Mes Año Pensionado por el Seguro Social: Si No
Tipo de Contrato: Tel. Oficina: Ext. Fax: E-MAIL:
Asignación Salarial: Banco: Cuenta No. AHORROS CORRIENTE

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

Nombre: Tel: Parentesco:

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

1er. Apellido 2do. Apellido Nombres
Tipo Identificación: T. I. C.C. No. de Sexo M F
Edad: Parentesco con el Asociado a la Cooperativa:

Diagnóstico clínico, tipo de cirugía o hospitalización:
Costo total de las Facturas \$

Observaciones Solicitante:

Firma Asociado: C.C. No. de Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a presentar los documentos requeridos.

REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN EXIGIDA

- 1. Formulario de solicitud completamente diligenciado.
2. Poseer una antigüedad de 12 meses no tener ninguna obligación en mora con la cooperativa
3. Registro civil o partida de bautismo donde conste el parentesco (hijos)
\* Facturas o recibos de cancelación en papel membreteado y sello de la entidad (clínica, hospital, o farmacia) que no superen los 2 meses desde la fecha de expedición de las facturas
\* Remisión de la esp o constancia que fue atendido a través de esta.
\* Fotocopia del carne de la Eps del asociado o del beneficiario
\* DEBE TENER ENCUESTA QUE EL AUXILIO ES PARA PADRES; HIJOS; CONYUGUE

Nota: \* A falta de veracidad en la documentación, se rechazará la presente solicitud.

PARA USO EXCLUSIVO DE COOTRATIEMPO

Total Aportes: Total Deuda Cootrat tiempo: Observaciones:
Ha tenido anteriormente algún otro tipo de auxilio: Si No Cual? Fecha
Revisado Comité de Solidaridad y Convenios: Día Mes Año Acta No. Aprobado: Si No
Vo. Bo. Comité de Solidaridad y Convenios: Valor a Girar en Caso de ser Aprobado: \$
Aprobado por el Consejo de Administración: Día Mes Año Acta No. Aprobado: Si No