

COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO SAN JOSE

Personería Jurídica 0028 del 13 de Enero de 1995

Nit. 860.024.712-1

SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

FECHA RADICACIÓN _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

TELEFONO _____

SOLICITUD POR:

1. INTERVENCION QUIRURGICA AMBULATORIA
2. HOSPITALIZACION
3. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE
4. ENFERMEDAD DE ALTO COSTO Y/O TERMINAL.O
5. FALLECIMIENTO ASOCIADO (NOMBRE) _____
6. CALAMIDAD DOMESTICA

FECHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

HOSPITAL O CLINICA _____

MEDICO RESPONSABLE _____

Documentos que debe adjuntar según el caso:

- Fotocopia documento de identidad asociado o beneficiario según el caso.
- Certificado medica expedida por la entidad que presto el servicio (hospitalización, incapacidad, atención quirúrgica ambulatoria)
- Certificado de defunción (muerte asociado)
- Certificado de comprobación de parentesco (muerte asociado)

AUTORIZO A LA COOPERATIVA SAN JOSE A SOLICITAR INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD ANTE LAS ENTIDADES PERTINENTES

FIRMA _____

COMITÉ DE SOLIDARIDAD _____

APROBACIÓN _____ ACTA _____