



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