

COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO SAN JOSE

Personería Jurídica 00028 del 13 de enero de 1965.
Nit. 860.024.712-1

SOLICITUD AUXILIO DE SOLIDARIDAD

FECHA RADICACIÓN _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

TELEFONO _____ **FECHA DE AFILIACION** _____

SOLICITUD POR:

1. CIRUGIA HOSPITALARIA Y/O AMBULATORIA (Incapacidad 10 días)
2. INCAPACIDAD PERMANENTE DEL ASOCIADO
3. INCAPACIDAD PARCIAL DEL ASOCIADO (15 DIAS)
4. ENFERMEDAD DE ALTO COSTO Y/O TERMINAL
5. FALLECIMIENTO ASOCIADO (NOMBRE) _____
6. HOSPITALIZACION (15 DÍAS)
7. FALLECIMIENTO DE FAMILIAR (Padres, hijos, cónyuge)

FECHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

HOSPITAL O CLINICA _____

MEDICO RESPONSABLE _____

Documentos que debe adjuntar según el caso:

- Fotocopia documento de identidad asociado o beneficiario según el caso.
- Certificación médica expedida por la entidad que prestó el servicio.
- Registro civil de defunción
- Registro civil de nacimiento
- Registro civil de matrimonio / declaración extra juicio
- Certificación de la pérdida de la capacidad laboral emitida por la ARL o EPS según corresponda.

SE EXCLUYE LO REFERENTE A TRATAMIENTOS, CIRUGIAS E INCAPACIDADES POR PROCEDIMIENTOS NETAMENTE ESTETICOS Y TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS.

AUTORIZO A LA COOPERATIVA SAN JOSE A SOLICITAR INFORMACION ANTE LAS ENTIDADES PERTINENTES SOBRE LOS DATOS SUMINISTRADOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FIRMAS COMITÉ DE SOLIDARIDAD _____

FECHA DE APROBACIÓN _____ **ACTA** _____