

# 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 \_\_\_\_\_