SUPRESENCIA COOPERATIVA	**SOLICITUD DE SERVICIOS MEDICINA**	**Código:** CSP-SSE **Versión: 7** **Fecha: Mayo 2021**

Fecha de diligenciamiento	DD	MM	AAAA	No. Radicado	

Datos personales

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Tipo de documento: CC ○ CE ○ Otro ○ ¿Cuál? _____ Número _____

Numero Celular: Direcciön:

Servicio a solicitar

Recreación

Servicio de Salud/ Medicina Prepagada	Cantidad	Valor	No. Obligación (Exclusivo CSP)
Colsanitas			
Medisanitas			
Allianz			
Colmedica			
Odontosanitas			
Emermedica			
Otra/			
VALOR TOTAL			

Observaciones sobre servicio solicitado	

Forma de pago

Efectivo ○ Débito Automático ○ Pse ○ Descuento de nómina ○ No. de cuotas _____

Pago por tercero ○ Nombre: _____ No. de ID _____

Mandato: Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente a la Cooperativa Su Presencia para que a mi favor adquiera, a cualquier título, el (los) bien(es) y/o servicio(s) que se indica(n) en esta solicitud y en general todos aquellos que proporcionen bienestar al (la) suscrito(a) y su grupo familiar y a ello se compromete gratuitamente la Cooperativa con la aceptación expresa o tácita de éste mandato. **De manera expresa reconozco, que en caso de mora en el pago total o de una o varias cuotas del servicio y/o bien adquiridos, el presente documento presta merit ejecutivo para el cobro de las suma por valor de $ _____, la debera ser cancelada el día _____ .**

Firma Tercero: _____ C.C.: _____

Apreciado asociado: Una vez entregado el servicio, tenga en cuenta que no se realizará devolución o cambio. Le recomendamos verificar la fecha de vencimiento. Conozco los Términos y Condiciones de aplicación de los servicios. Si ○ No ○

Firma Asociado _____ C.C.: _____