



SOLICITUD DE SERVICIOS MEDICINA

Código: CSP-SSE
Versión: 8
Fecha: Abril 2022

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: _____

Dirección: _____

Servicio a solicitar

Recreación

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

Observaciones sobre servicio solicitado

Forma de pago

Efectivo

Débito Automático

Pse

Descuento de

No. de cuotas

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.

En caso de mora en el pago de dos o mas cuotas del servicio adquirido, el asociado acepta y autoriza a la Cooperativa a suspender el servicio adquirido. En todo caso el presente documento presta mérito probatorio

Firma _____

C.C.: _____

Tercero: _____

Apreciado asociado: Una vez entregado el servicio, tenga en cuenta que no se realizará devolución o cambio. Le recomendamos verificar la fecha

Firma Asociado _____

C.C.:

: