

SUBSIDIO BIENESTAR SOCIAL

Fecha: _____

Señores
COOPESANRAMON R.L.

Estimados señores:

De la manera más respetuosa solicito a ustedes el subsidio por gastos de salud de conformidad con el Reglamento para uso de la Reserva de Bienestar Social.

Nombre y apellidos: _____

Número de cédula: _____ Teléfonos: _____ / _____

Doy fe de estar al día con mis obligaciones en COOPESANRAMON R.L. Adjunto copia de mi cédula de identidad y comprobante (s) por gasto médico, que respaldan mi solicitud.

Atentamente,

Firma del solicitante

Observaciones: _____

Requisitos:

- Estar totalmente al día en todas las cuentas de la Cooperativa.
- Tener mínimo un año de estar asociado y cotizando.
- Copia de la cédula de identidad.
- Factura original a nombre del asociado con no más de 3 meses de emitida.

(La factura debe ser por \$70.000 mínimo, puede ser una o varias pero que sumen al menos ese monto para tener derecho al 100% del subsidio) (Si la factura está a nombre de un hijo o cónyuge debe presentar constancia de nacimiento o de matrimonio según corresponda).

Para uso de la administración:

Se aprueba: ☐ Monto _____

No se aprueba: ☐ Por motivo de: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Lic. Marco Antonio Ramirez Jimenez

Anotado en lista ☐ Fecha: _____

Hoy: _____ con asiento: _____ Se procedió a depositar en cuenta a nombre del solicitante.

