REGISTRO DE RECLAMACIÓN DE ASOCIADO INHÁBIL

DATOS DEL SOLICITANTE					
Fecha: DD MM AAAA	Nombres y Apellidos:	N° Documento de	Tipo Documento de identificación: T.I. ◯ C.C. ◯ C.E. NIT ◯	Tel fijo:	Celular:
Vínculo con la COOPERATIVA MINUTO DE DIOS	Estudiante ◯ Egresado ◯ Empleado ◯ Voluntario ◯ Ex-empleado ◯ Otro ◯ Cuál?				
Sede a la cual pertenece:	Dirección y ciudad de correspondencia:	Correo electrónico:	Se anexan documentos soporte? **SI** ◯ **NO** ◯		

TIPO DE REQUERIMIENTO Y TIEMPOS ASIGNADOS	DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO *(Por favor indique las razones que sustentan su reclamo)*
Reclamo	
Nota: Contra este reclamo no procede recurso alguno.	

SEGUIMIENTO DE RECLAMO		
Recibido por:	Fecha y hora de recibido:	N° consecutivo:

Fecha de respuesta:	Firma Junta de Vigilencia:	Nombre de Integrante Junta de Vigilancia	Cargo Integrante Junta de Vigilancia

*Por favor este documento enviarlo al correo servicioalasociado@coopminutodedios.com para poder dar respuesta.