



SOLICITUD DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD

CODIGO: D-CD-F31
VERSIÓN: 3
FECHA: 02/18/2026

Diligenciar el siguiente formato en su totalidad, de forma clara, sin tachones ni enmendaduras

CIUDAD

FECHA

ASOCIADO

NOMBRES

APELLIDOS

CEDULA

DIRECCIÓN

CELULAR

CORREO

TIPO DE CALAMIDAD

FALLECIMIENTO

☐

SALUD POR HOSPITALIZACION

☐

SALUD POR INCAPACIDAD

☐

SALUD (servicios medicos, quirurjicos)

☐

Diligencia la siguiente información solo si la solicitud es para cobertura de un familiar directo

CONYUGE

☐

HIJOS

☐

PADRES

☐

C.C

☐

T.I

☐

NOMBRES

APELLIDOS

NUMERO

Descripción del Evento: (Que sucedió, dónde y cómo)

EN CASO DE SER OTORGADO

DESEMBOLSAR EN LA CUENTA DE:

AHORROS

☐

CORRIENTE

☐

NUMERO

BANCO

A NOMBRE DE

CEDULA

EL ASOCIADO DECLARA RENTA:

SI

☐

NO

☐

NOTA: En caso que la cuenta sea de un tercero por favor anexar la fotocopia de la cédula

La no presentación del RUT dará lugar a la aplicación de la retención en la fuente correspondiente al régimen de no declarante del impuesto sobre renta, conforme a la normativa vigente.

A la firma de esta solicitud de auxilio de solidaridad autorizo de manera libre y espontánea a Corbanca el manejo del tratamiento de mis datos y los de mi beneficiario, lo anterior de conformidad con la ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Presento a consideración de CORBANCA, mi solicitud de auxilio de solidaridad y manifiesto que acepto las condiciones expuestas en la resolución No. 033 de abril 15 de 2011 y modificada el 29 de enero 2026 declaro que la documentación adjunta a esta solicitud es legítima.

Declaro que anexo los siguientes documentos:

FALLECIMIENTO		SALUD	
REQUISITOS		REQUISITOS	
Certificación de Defunción. Registro Dane		Certificación médica o historia clínica, certificado de incapacidad.	
Fotocopia de la cedula del asociado		Fotocopia de la cédula del asociado.	
Fotocopia del documento de identidad de los beneficiarios legales		Documento legal que determine el parentesco	
Documento legal que determine el parentesco		Facturas (Si aplica)	
Certificado del RUT del asociado		Certificado del RUT del asociado	

NOMBRE:

FIRMA:

CEDULA: