Coop Talentum NIT 900.224.922-2	**FORMATO AUXILIO DE SOLIDARIDAD**	**CÓDIGO: B-F-007** **VERSIÓN: 1** **ÚLTIMA MODIFICACIÓN:** 13 noviembre de 2026 Página 1 de 1

Ciudad _____, día ( ) de _____ del 20( )

Señores:
COOPTALENTUM

En atención a los beneficios otorgados por Cooptalentum a sus Asociados(as) y de conformidad con el reglamento del **FONDO DE SOLIDARIDAD**, me permito presentar la solicitud para estudio del auxilio de solidaridad.

BENEFICIARIO: **ASOCIADO(A** ☐ **PADRE** ☐ **MADRE** ☐ **HIJO(A)** ☐ **CONYUGE** ☐

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombre Completo Asociado		
Nº de cédula		
Empresa		
Teléfono Celular		
Dirección domicilio y ciudad		
Correo Electrónico		
Estado civil		
¿Es declarante de renta?		SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo del Beneficiario(a)		
N° de Identificación		
N° de Cuenta Bancaria		AHORROS ☐ CORRIENTE ☐
Banco		

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Descripción:

Adjunte a esta solicitud los documentos que la soporten

NOTAS:
1. La solicitud del auxilio deberá ser presentada junto con los documentos soporte, en un término no mayor a dos (2) meses posterior a la ocurrencia del hecho, de lo contrario no será tramitado.
2. Debe ser asociado hábil y tener antigüedad con Cooptalentum con mínimo SESENTA (60) días calendario después del pago de la primera contribución.
3. Debe encontrarse al día con el pago de aportes, cuotas extraordinarias y en los pagos de las obligaciones con Cooptalentum en cualquiera de sus líneas de crédito, beneficios, servicios y otros. No aplica cuando exista mora superior a TREINTA (30) días.

_____
FIRMA DEL ASOCIADO
C.C.

Huella Asociado