



## SOLICITUD ALIVIO FINANCIERO EMERGENCIA SANITARIA

**Radicado N°.** \_\_\_\_\_  
**Fecha solicitud:** \_\_\_\_\_  
**Nombre Asociado:** \_\_\_\_\_  
**C.C. N°:** \_\_\_\_\_  
**Celular:** \_\_\_\_\_

Marque con una x.      Asalariado       Independiente       Pensionado

**Nombre empresa donde labora:** \_\_\_\_\_  
**Actividad que desarrolla la empresa:** \_\_\_\_\_

**DESCRIPCION:** (Explique brevemente cual fue el impacto resultado de la emergencia sanitaria)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ingresos recibidos antes de la emergencia:** \_\_\_\_\_  
**Ingresos recibidos después de la emergencia:** \_\_\_\_\_  
**Expresese de manera breve que alivio solicita:** \_\_\_\_\_

Al firmar esta solicitud, doy fe de que los datos registrados son verdaderos y representan una declaración completa y exacta, entiendo que si al verificar la información se encuentre alguna anomalía se aplicarán las sanciones legales y administrativas, y el beneficio financiero será negado de forma automática.

**Cordialmente,**  
\_\_\_\_\_

**NOMBRE ASOCIADO**

**Espacio exclusivo para Coopedac**

<b>Verificado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>

\*Remitir el formato diligenciado al correo [lpineda@coopedac.com](mailto:lpineda@coopedac.com), junto con los soportes correspondientes