

DECLARACION DE SEGURIDAD SOCIAL

CEDULA: 1000 296 040		1 DE 1
GRUPO: 01	CLASE: 03	
ESTADO: C	CONSERVACION: E	
RESPONSABLE: Adriana Cardona		

FECHA DOCUMENTO		
AAAA	MM	DD
2022	10	13

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)

Nombre y apellidos del aspirante Anderson Schavarría Blandón				
Documento de Identidad N° 1000296040	Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD) 1997/09/20	Teléfono 3298390	Celular 304 424 1348	Correo electrónico andersonschavarría10@gmail.com
EPS donde está o estuvo afiliado Sura		Fecha de afiliación (AAAA/MM/DD) 2016/09/19	Fecha de retiro (AAAA/MM/DD)	
¿En caso de no estar afiliado que EPS elige? Nombre:				Uso exclusivo de Comfama Código:
Viene afiliado al Sistema de Seguridad Social como:				
<input checked="" type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Beneficiario Adicional <input type="checkbox"/> Beneficiario del Padre <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Beneficiario del Cónyuge <input type="checkbox"/> Beneficiario Régimen Subsidiado				
Estado civil <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre				
No. Hijos afiliados EPS		A través de quién		
Observaciones:				

ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIONES (AFP)

Fondo de Pensiones donde está o estuvo afiliado Protección	Fecha de afiliación (AAAA/MM/DD) 2020/12/01	Fecha de retiro (AAAA/MM/DD)
¿En caso de no estar afiliado que Fondo de pensiones elige? Nombre:		Uso exclusivo de Comfama Código:
Actualmente esta pensionado?	Por	Entidad a cargo de la pensión
<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vejez <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Sobreviviente	

ADMINISTRADORA FONDO DE CESANTIAS (AFC)

Fondo de cesantías que elige Nombre: Protección	Uso exclusivo de Comfama Código:
---	-------------------------------------

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Trabaja actualmente con otro empleador <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del empleador	A que Caja de Compensación Familiar esta afiliado
Observaciones	Caja de Compensación Familiar	Código

Anderson E.
FIRMA DEL ASPIRANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMA

Fecha Inicio contrato			Jornada laboral (horas)	Crefi	Nombre Crefi
AAAA	MM	DD			
Cargo			Salario	Nombre y apellidos de quien asesoró en el Dpto. de Personal	