

CIUDAD **Medellín** FECHA **95 08 03**

SECCIONAL **0 5** PROMOTOR

SEGURO SOCIAL
AFILIACION Y
REGISTRO

FECHA **95** AÑO **08** MES **03** DIA

CONSECUTIVO

1 I - TRANSACCION

AFILIACION ☒

ACTUALIZACION O MODIFICACION

11 02 AM '95

ADMINISTRADORA ANTERIOR

2 VINCULACION REGIMEN PENSIONES ☒ 1 VEZ ☒ CAMBIO A.F.P. **2**

HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS DEL SECTOR PUBLICO? SI ☐ NO ☐

VINCULACION SALUD ☒ 1 VEZ ☒ CAMBIO EPS **2**

VINCULACION RIESGOS PROFESIONALES ☒

CUAL NIT. DV

CUAL NIT. DV

PROMOTORA ANTERIOR NIT. DV

II - INFORMACION DEL INTERESADO

3 DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO **JARAMILLO** SEGUNDO APELLIDO **NARANJO** NOMBRES **LUZ ESTELA** INGRESO MENSUAL **\$ 2 4 0 0 0 0**

C.C. **4 3 0 7 5 5 1 8** TI **0** NIT **0** CE **0** N° DOC. IDENTIDAD **4 3 0 7 5 5 1 8** DV **0** FECHA NACIMIENTO **64 09 01** NACIONALIDAD **Colombiana**

SEXO **F** SUBSIDIADO **0** SITIO ATENCION DE SALUD **Gustavo Uribe E.** CODIGO **0 5 1 0 8 1**

DIRECCION DONDE LABORA **Calle 31 44-145** CIUDAD/MUNICIPIO **Medellín** CODIGO **0 0 1** DEPARTAMENTO **antioquia** CODIGO **0 5** TELEFONO **2620202** CORRESP. **1**

DIRECCION RESIDENCIA **Calle 49 17C-28** CIUDAD/MUNICIPIO **Medellín** CODIGO **0 0 1** DEPARTAMENTO **Antioquia** CODIGO **0 5** TELEFONO **2620202** CORRESP. **2**

4 MODALIDAD DE TRABAJO **INDEPENDIENTE** ACTIVIDAD ECONOMICA **Jefe de Sistemas** CODIGO **0 0 1** ENTIDAD AGRUPADORA **Representaciones A.B. Ltda.** NIT **8 0 0 0 1 9 4 4 3** DV **5** SUCURSAL **0 0 1** ACT. ECONOMICA **0 0 1**

5 EMPLEADOR: DIRECCION DE LA EMPRESA **Calle 31 44-145** CIUDAD/MUNICIPIO **Medellín** CODIGO **0 0 1** DEPARTAMENTO **Antioquia** CODIGO **0 5** TELEFONO **2620202**

III - INFORMACION BENEFICIARIOS

RELACIONE LOS BENEFICIARIOS SEGUN LAS NORMAS VIGENTES

			CC=C TI=T NIT=N CE=E	NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	FECHA NACIMIENTO			SEXO		CODIGO PARENTESCO	TIPO DE NOVEDAD 1 INGRESO - M 2 MODIFICAR - M
1 APELLIDO	2 APELLIDO	NOMBRES				AÑO	MES	DIA	F	M		
1												
2												
3												
4												
5												
6												

IV - FIRMAS

INTERESADO AFILIADO SALUD Y/O RIESGOS PROFESIONALES

HAGO CONSTAR QUE HE SELECCIONADO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES, PARA LA PROTECCION QUE SEÑALO EN EL PRESENTE FORMULARIO Y DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS.

FIRMA SOLICITANTE *[Firma]*

INTERESADO AFILIADO PENSIONES

HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES, MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.

FIRMA SOLICITANTE *[Firma]*

EMPLEADOR

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE

SEÑOR TRABAJADOR:

EL SEGURO SOCIAL LE OFRECE LA POSIBILIDAD DE VINCULARSE VOLUNTARIAMENTE, EN FORMA INTEGRAL A TODOS LOS SISTEMAS QUE CUBRE: PENSIONES, SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES, O PARCIALMENTE A CUALQUIERA DE ELLOS, MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMULARIO.

PRESENTE ESTE FORMULARIO EN LOS PUNTOS DE AFILIACION (VER ANEXO 2 DEL MANUAL PRACTICO DE VINCULACION), MAYOR INFORMACION SOLICITELA A LA LINEA 9-800-13300 O AL CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE MAS CERCANO.