

Nombres Mal.

¡¡ SEGURO SOCIAL**SOLICITUD DE VINCULACION**
PENSIONES - SALUD - RIESGOS PROFESIONALES

04700-28-00-10

FECHA, SELLO Y CONSECUTIVO DE RECEPCION:

FECHA AÑO MES DIA
1995 12 02
CONSECUTIVO 17923

CIUDAD SANTA FE DE BTA FECHA 95 12 02 SECCIONAL PROMOTOR RECP.

1. TRANSACCION

AFILIACION ☐ ACTUALIZACION O MODIFICACION ☒2. VINCULACION
REGIMEN PENSIONES ☐ 1 VEZ ☐ CAMBIO A.F.P. ☐
HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS DEL SECTOR PUBLICO? SI ☐ NO ☐
VINCULACION SALUD ☐ 1 VEZ ☐ CAMBIO EPS ☐
VINCULACION RIESGOS PROFESIONALES ☐

ADMINISTRADORA ANTERIOR

CUAL
CUAL
PROMOTORA ANTERIORNIT. ☐ DV ☐
NIT. ☐ DV ☐
NIT. ☐ DV ☐
NIT. ☐ DV ☐

315-241 AM '95

II - INFORMACION DEL INTERESADO

DATOS GENERALES
PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

INGRESO MENSUAL

ARAGON

YATE

WILSON

\$ 350000

SEXO ☒ TI ☐ NIT ☐ CE ☐ N° DOC. IDENTIDAD 19.438.054 DV 57 11 02 FECHA NACIMIENTO NACIONALIDAD colombianaSEXO ☒ SUBSIDIADO ☐ SITIO ATENCION DE SALUD TUNJUELITO CODIGO 111020DIRECCION DONDE LABORA CARRERA 6 No. 30A - 30 CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA CODIGO 001 DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA CODIGO 11 TELEFONO 2874100 CORRESP. ☐DIRECCION RESIDENCIA DIAGONAL 97A SUR No. 02 - 58 ESTE CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA CODIGO 001 DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA CODIGO 11 TELEFONO 7616993 CORRESP. ☐3. MODALIDAD DE TRABAJO INDEPENDIENTE ☐ ACTIVIDAD ECONOMICA CODIGO ENTIDAD AGRUPADORA NIT DVDEPENDIENTE ☒ OCUPACION Y CARGO ACTUAL LABORATORISTA I CODIGO 0033

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR

INGETEC S.A.

NIT: 860,001986 DV 001 ACT. ECONOMICA 4523

5. EMPLEADOR: DIRECCION DE LA EMPRESA CARRERA 6 No. 30A - 30 CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA CODIGO 001 DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA CODIGO 11 TELEFONO 2874100

III - INFORMACION BENEFICIARIOS

RELACIONE LOS BENEFICIARIOS SEGUN LAS NORMAS VIGENTES

1 APELLIDO	2 APELLIDO	NOMBRES	CC-C TI-T NIT-N CE-E	NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	FECHA NACIMIENTO			SEXO		CODIGO PARENTESCO	*PO DE NIVELACION MODIFICACION AUTOSOLICITUD REINTEGRACION
						AÑO	MES	DIA	F	M		
CARDENAS	GORDILLO	LILIA	CC	41.715.692		54	08	08	X		02	
ARAGON	CARDENAS	JOHN WILSON	R	5316981		82	02	12		X	04	
ARAGON	CARDENAS	FABIAN ENRIQUE	R	12224619		87	08	01		X	04	

IV - FIRMAS

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, DECLARANDO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS.

FIRMA SOLICITANTE

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, MANIFESTANDO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON VERDADEROS.

FIRMA SOLICITANTE

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

MARIA ISABEL OSUNA DE WILSON

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.