

CIUDAD: SANTA FE DE BOGOTA  
FECHA: 95 01 17

SECCIONAL: PROMOTOR: RECP:

FECHA: AÑO MES DIA

CONSECUTIVO

### I - TRANSACCION

AFILIACION ☒

ACTUALIZACION O MODIFICACION

2 VINCULACION REGIMEN PENSIONES ☒ 1 VEZ ☐ CAMBIO REGIMEN ☐ ADMINISTRADORA ANTERIOR NIT: DV: UPZ 14 000000 AFILIACION 14

VINCULACION SALUD ☒ 1 VEZ ☐ CAMBIO EPS ☐ PROMOTORA ANTERIOR NIT: DV:

VINCULACION RIESGOS PROFESIONALES ☒

### II - INFORMACION DEL INTERESADO

3 DATOS GENERALES  
PRIMER APELLIDO: ARAGON YATE SEGUNDO APELLIDO: YATE NOMBRES: WILSON INGRESO MENSUAL: \$ 35 7 6 0 0

Nº DOC. IDENTIDAD: 1 9 4 3 8 0 5 4 D.V. 57 FECHA NACIMIENTO: 11 02 SEXO: F SUBORDADO: X SITIO DE ATENCION DE SALUD: CODIGO: P S

DIRECCION DONDE LABORA: CARRERA 6 No. 30A - 30 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA CODIGO: DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CODIGO: TELEFONO: 2874100 CORRESP: 1

DIRECCION RESIDENCIA: DIAG. 97A SUR No. 2 - 58 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA CODIGO: DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CODIGO: TELEFONO: 7616993 CORRESP: 2

4 MODALIDAD DE TRABAJO: INDEPENDIENTE ☐ ACTIVIDAD ECONOMICA: CODIGO: ENTIDAD AGRUPADORA: NIT: DV:

DEPENDIENTE ☒ NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR: INGETEC S.A. C.C. ☒ T. DV: SUCURSAL: ACT ECONOMICA: 8 6 0 0 0 1 9 8 6 1 0 0 1

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

### III - INFORMACION BENEFICIARIOS

RELACIONE LOS BENEFICIARIOS SEGUN LAS NORMAS VIGENTES

1 APELLIDO	2 APELLIDO	NOMBRES	CC-C TI-T NT-N CE-E	NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	FECHA NACIMIENTO	SEXO	CODIGO PREPENSIONADO	TIPO DE MONEDA
						AÑO MES DIA	F M		
				0442					

### IV - FIRMAS

INTERESADO: FIRMAS SOLICITANTE: *[Firma]*

EMPLEADOR: DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS DE LOS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUBASTRADA.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA: *[Firma]* NOMBRE: MARIA ISABEL OSPINA DE WIESNER



### SEÑOR TRABAJADOR:

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

MAYOR INFORMACION SOLICITELA A LA LINEA 9-800-13300 O AL CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE MAS CERCANO.