## Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DIA |  | MES |  | AÑO |  |

Cédula de ciudadanía N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:

**AFILIADO**

Para los trámites pertinentes informo que me encuentro afiliado (a) al Sistema de Seguridad Social y Cesantías, así:

* Empresa Prestadora de Salud EPS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Administradora Fondo de Pensiones AFP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Administradora Fondo Cesantías:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunto los respectivos certificados de afiliación.

**NO AFILIADO**

Manifiesto para los tramites pertinentes que he decido afiliarme al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y Pensiones:

* Empresa Prestadora de Salud EPS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Administradora Fondo de Pensiones AFP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Autorizó realizar la consignación de mis cesantías en la siguiente Sociedad Administradora:

|  |  |
| --- | --- |
| **ADMINISTRADORA** | **MARQUE ( X)** |
| Colfondos |  |
| Porvenir |  |
| Skandia-Old Mutual |  |
| Protección |  |
| Fondo Nacional del Ahorro |  |
| Régimen Retroactivo |  |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_