|  |  |
| --- | --- |
| **COD** | colocar |
| **NUP** | colocar |
| **EXP** | colocar |

# DATOS GENERALES DEL AFILIADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NUP: colocar | No. Solicitud colocar | Gestión: colocar |
| Nombre Completo colocar nombre de afiliado |
| Nacionalidad: colocar | Estado Familiar: seleccionar | Sexo: seleccionar |
| Fecha de Nacimiento: seleccionar | Fecha incorporación SAP: seleccionar |
| Tipo de Documentos de Identidad: seleccionar | Número de documento: colocar |
| Fecha de Expedición: | Lugar de Expedición: | Fecha de Vencimiento: |
| seleccionar | completar | seleccionar |
| Dirección de residencia colocar |
| País: colocar | Departamento/Municipio/Provincia:colocar |
| Tel. Contacto: colocar | Correo electrónico: colocar |
| Situación laboral del afiliado extranjero - tipo de cotizante |
|  |  |  |

# DATOS APODERADO

# Nombre Apoderado Legal: colocar nombre apoderado

# Doc. Identidad Apoderado: colocar numero de documento

|  |  |
| --- | --- |
| Agencia de registro y notificación: | seleccionar |
| Fecha de presentación de solicitud:  | seleccionar |

# DATOS PARA ENTREGA DE BENEFICIO

|  |  |
| --- | --- |
| Abono a Cuenta[ ]  | Transferencia Cablegrafica \*[ ]  |
| Tipo de Cuenta: AHORRO [ ]  CORRIENTE [ ]  |
| Nombre del Banco | completar | Numero de Cuenta  | completar |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Recibido por Firma Afiliado / Apoderado

Observaciones: ingresar

\*Se adjunta Formulario de Transferencia Cablegráfica. En caso de elegir esta opción de pago, el afiliado expresamente acepta que el costo por dicha transferencia será descontado del saldo total a devolver.