Ciudad y Fecha Santiago de Cali 24 junio 2024

Señores

COMPENSAR EPS

Asunto: Autorización de afiliación como independiente.

Yo, Luz María Valencia Barragán **identificado (a) con tipo y número de documento** 1114736689 **de** Dagua Valle **, afiliado actualmente a** Compensar **, manifiesto mi voluntad de afiliarme como independiente.**

Por lo tanto, soy consciente que al realizar dicha novedad de afiliación como independiente seré el responsable de realizar los aportes al sistema de seguridad social.

De igual manera autorizo a realizar mi novedad de afiliación.

C U A D R O B E N E F I C I A R I O S

Nombres y Apellidos	Tipo Doc.	Numero Documento	Fecha Nacimiento	Parentesco	RH

Cordialmente,

Firma Luz María Valencia Barragán

Cedula N° 1114736689

Fecha de Expedición 17 abril 2017 **RH** O+

Ciudad y fecha de Nacimiento Dagua Valle 02 abril 1999

Dirección y Barrio de residencia: Carrera 10 #58-97 barrio la base

Municipio de residencia: Cali **Departamento:** Valle del Cauca

Celular (s): 3156807611

CORREO ELECTRONICO luzmaria079904@gmail.com

IBC: (Sr@ contratista Recuerde que su ingreso base de cotización es el 40% del valor mensual de su contrato sin que este sea inferior al mínimo) $ 1'300.000

Fecha de ingreso: (Fecha a partir de la cual va a empezar su cotización o el inicio de su contrato independiente) Dia/Mes/Año 24 junio 2024

VIGILADO Supersalud