

04/10/2024

Doris Del Carmen Mora Pineda  
COD A058 Zona Casanare

CÓDIGO ASESOR  
Y/O PROMOTOR  
A058

AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

|                                  |  |          |  |                           |  |          |  |               |  |         |  |                |  |
|----------------------------------|--|----------|--|---------------------------|--|----------|--|---------------|--|---------|--|----------------|--|
| 1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS |  |          |  |                           |  |          |  |               |  |         |  |                |  |
| PRIMER APELLIDO                  |  | 2do mero |  | SEGUNDO APELLIDO          |  | Alvarado |  | PRIMER NOMBRE |  | Gricela |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| 2. TIPO DOCUMENTO                |  | X        |  | 3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD |  | 474343H  |  | RÉGIMEN       |  | 4. SEXO |  | X              |  |
| 5. FECHA NACIMIENTO              |  | 21       |  | 06                        |  | 1976     |  |               |  |         |  |                |  |

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                    |  |                    |  |                          |  |                  |  |
|--------------------|--|--------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|
| CIUDAD / MUNICIPIO |  | DEPARTAMENTO       |  | CAJA DE COMPENSACIÓN     |  | TELÉFONO         |  |
| Yopal              |  | Casanare           |  |                          |  | 311 495 34 19    |  |
| TELÉFONO MÓVIL (1) |  | TELÉFONO MÓVIL (2) |  | CORREO ELECTRÓNICO       |  | CÓDIGO IPS       |  |
| 311 495 34 19      |  |                    |  | romerogricela2429mil.com |  | 6996             |  |
|                    |  |                    |  |                          |  | IPS ODONTOLÓGICA |  |
|                    |  |                    |  |                          |  | 6996             |  |

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

|                                  |  |                                 |  |                                  |  |                      |  |                                              |  |
|----------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL         |  | 36. Tipo documento de identidad |  | 37 Número documento de identidad |  | DV                   |  | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones |  |
|                                  |  |                                 |  |                                  |  |                      |  | Independiente                                |  |
| 4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN         |  | CIUDAD / MUNICIPIO              |  | DEPARTAMENTO                     |  | SECTOR DEL APORTANTE |  |                                              |  |
| Diagonal 34-31-21- Benigno       |  | Yopal                           |  | Casanare                         |  |                      |  |                                              |  |
| TELÉFONO FIJO - EXT.             |  | TELÉFONO MÓVIL (1)              |  | TELÉFONO MÓVIL (2)               |  | CORREO ELECTRÓNICO   |  | ACTIVIDAD ECONÓMICA                          |  |
|                                  |  |                                 |  |                                  |  |                      |  |                                              |  |
| FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL |  | CARGO U OCUPACIÓN               |  | SALARIO                          |  |                      |  |                                              |  |
| 02 10 2024                       |  |                                 |  | 7' 300.000 .                     |  |                      |  |                                              |  |

IV. FIRMAS

|                                                          |  |                                                                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario |  | 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio |  |
|                                                          |  |                                                                                                                                                                     |  |