

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Código U-FT-08.004.008
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE AFILIACIÓN CONVENIO DOCENCIA SERVICIO	Versión: 2.0
		Página 1 de 1

Ciudad y Fecha

Señores
OFICINA DE PERSONAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Ciudad.

Yo, _____ identificado con el tipo de Documento C.C. ___ o C.E ___ No. _____ de _____, Ingresado en calidad de Estudiante del Área de la Salud Humana, en cumplimiento al Decreto 190 de 1.996, Artículo 15y que establecen la afiliación a los Sistema de Seguridad Social en SALUD y en RIESGOS PROFESIONALES, manifiesto a ustedes mi decisión libre y voluntaria de afiliación así:

SEGURIDAD SOCIAL - SALUD (Ley 100 de 1993).

Nombre de la EPS: _____
Dirección Correspondencia: _____
Teléfono Residencia: _____ Celular: _____
Email _____
Nombre del Convenio Docente-Asistencial: _____
Fecha de Nacimiento: _____

SEGURIDAD SOCIAL - RIESGOS PROFESIONALES.

Afiliación a la ARP **LA POSITIVA**

IMPORTANTE: En el diligenciamiento de la carta anexa, es necesario tener en cuenta que si ostenta la calidad de AFILIADO y COTIZANTE debe continuar afiliado a la misma Entidad Promotora de Salud EPS, al iniciar su afiliación por medio del Convenio Docencia Servicio de la Universidad Nacional de Colombia.

FIRMA
C.C.

Anexo: Fotocopia legible de cédula de ciudadanía