



Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: _____

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: _____ / _____ / _____ día / mes / año Mes de ingreso al plan de salud: _____ / _____ mes / año

Plan elegido: () Plan Base () Adicional 1 () Adicional 2 () Otros: _____

Datos del trabajador

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

1er nombre: _____ 2do nombre: _____

Área donde trabaja: _____ Cargo actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ día / mes / año Sexo: F () M () Documento de identidad: DNI () CE () _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Email: _____

Jr/Av/Calle: _____ N°: _____ Mz/Lote: _____

Dpto/Piso/Int: _____ Sec/Etapa/Zona: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ()

Modificación ()

Exclusión ()

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Dice: _____

Debe decir: _____

Motivo de la exclusión: _____

Relación de dependientes o derechohabientes a inscribir o excluir

(C =cónyuge o concubino(a) / H =hijo(a) / P =padre o madre):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	C	H	P	D.N.I.	F. de nacimiento
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /

Nota: Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliar, además, a sus hijos menores de 25 años.

Declaración de salud

- 1) ¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad? Sí () No ()
- 2) ¿Usted y/o sus familiares por afiliar, han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros? Sí () No ()
- 3) ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente? Sí () No () Semanas de gestación: _____

Si cualquiera de las respuestas es afirmativa sirvase completar la siguiente información:

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual



Solicitud de afiliación EPS

Nombre de la entidad empleadora: _____

Fecha de ingreso del trabajador en la entidad empleadora: _____ / _____ / _____ día / mes / año Mes de ingreso al plan de salud: _____ / _____ mes / año

Plan elegido: () Plan Base () Adicional 1 () Adicional 2 () Otros: _____

Datos del trabajador

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

1er nombre: _____ 2do nombre: _____

Área donde trabaja: _____ Cargo actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ día / mes / año Sexo: F () M () Documento de identidad: DNI () CE () _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Email: _____

Jr/Av/Calle: _____ N°: _____ Mz/Lote: _____

Dpto/Piso/Int: _____ Sec/Etapa/Zona: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Trámite a realizar

Inscripción (inclusión) ()

Modificación ()

Exclusión ()

Marque con una X el motivo de la inclusión:

Nuevo ingreso a la empresa	<input type="checkbox"/>
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Dice:	
Debe decir:	

Motivo de la exclusión:

Relación de dependientes o derechohabientes a inscribir o excluir

(C =cónyuge o concubino(a) / H =hijo(a) / P =padre o madre):

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	C	H	P	D.N.I.	F. de nacimiento
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /
							/ /

Nota: Son dependientes o derechohabientes legales los hijos hasta los 18 años, cónyuge o concubino(a) declarados. Puede afiliar, además, a sus hijos menores de 25 años.

Declaración de salud

- 1) ¿Usted y/o sus derechohabientes por afiliar han padecido o padecen alguna dolencia o enfermedad? Sí () No ()
- 2) ¿Usted y/o sus familiares por afiliar, han requerido pruebas o exámenes especializados o electrocardiogramas, electroencefalogramas, Rayos X u otros? Sí () No ()
- 3) ¿Usted o su cónyuge se encuentra gestando actualmente? Sí () No () Semanas de gestación: _____

Si cualquiera de las respuestas es afirmativa sirvase completar la siguiente información:

Nombre completo	Enfermedad / Dolencia	Médico	Clínica	Año	Condición actual

