**FORMATO PARA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DATOS BÁSICOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1er. APELLIDO |   |  | 2do. APELLIDO |   |  |
| NOMBRES |   |  | CÉDULA Nº |   |  |
| DESPACHO DE NOMBRAMIENTO |   |  | CARGO |   |  |
|  |

**I. Manifiesto que, en caso de vincularme con la entidad, elijo libremente afiliarme a las siguientes entidades para que me sean consignadas las cesantías anuales y los aportes al sistema de seguridad social.**

**Para tal fin me comprometo a remitir, dentro de los términos de ley, debidamente diligenciados los formatos y formularios que se me requieran.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CESANTIAS** |  |
| SEÑALAR CON UNA X UNA SOLA OPCIÓN |
|  |
| FONDO PÚBLICO  |   |  | FONDO PRIVADO  |   |  | Favor indicar cual |   |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PENSIONES** |  |
| SEÑALAR CON UNA X UNA SOLA OPCIÓN |
|  |
| FONDO PÚBLICO  |   |  | FONDO PRIVADO |   |  | Favor indicar cual |   |  |
|  |
|  |
| SEÑALAR CON UNA X UNA SOLA OPCIÓN |
|  |
| ES PENSIONADO ES PREPENSIONADO FONDO DE PENSIONES: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]  |
|

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: (Diligenciar en caso de provenir de regímenes especiales de afiliación en pensión) |
|   [ ]  |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SALUD** |  |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |   |   |
|  |
| OBSERVACIONES: (Diligenciar en caso de provenir de regímenes especiales de afiliación en salud) |
|  |   |  |
|  |

**II. Autorizo que los pagos de nómina, prestaciones y demás que se originen en la relación laboral con la dependencia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, sean consignados en la siguiente cuenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PAGO DE NÓMINA** |  |
|  |
| BANCO O CORPORACIÓN |   |   | Nº CUENTA |   |  |
|  |
| TIPO DE CUENTA | AHORRO  |   |  | CORRIENTE |   | * Anexo certificación de la entidad Bancaría
 |
|  |
| Manifiesto que mi vinculación inmediatamente anterior con el Estado fue en (mencione la Entidad y fecha de retiro):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|  |

NOTAS:

* En caso de no encontrarse afiliado al sistema de salud, pensión o cesantías, el aspirante deberá diligenciar los formatos para las afiliaciones correspondientes. El diligenciamiento de este formato es de carácter informativo para el registro de datos en el sistema de nómina, pero NO reemplaza las afiliaciones del servidor.
* Para adelantar los trámites de afiliación, debe tomar contacto con el área de Recursos Humanos o de Seguridad y Bienestar Social de la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial o Direcciones Seccionales de Administración Judicial, solicitar y diligenciar los formularios correspondientes.