

Fecha:

Señores
Asociación de Usuarios Antioquia
Antioquia

Respetados señores:

Manifiesto mi voluntad de afiliarme a la Asociación de Usuarios de Compensar EPS Antioquia y cumplir con las disposiciones legales y estatutarias establecidas para tal fin.

Nombres y apellidos:

C.C.: Cédula Extranjería:

Dirección residencia:

Teléfono: Municipio:

Celular: Sede Asignada:

Correo electrónico:

Plan de salud: PBS (Antiguo POS) Complementario
 Cotizante Beneficiario

Empresa donde labora:

Teléfono empresa:

Dirección empresa:

FIRMA
C.C.