



# FORMATO SOLICITUD DE VACUNACIÓN

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día | Mes | Año

## Datos asociado principal

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Tipo de documento:  C.C.  C.E.  PAS N° de Identificación: \_\_\_\_\_ Empresa donde labora: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Dirección de oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina y ext.: \_\_\_\_\_  
Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Relación Beneficiarios (Receptor de la vacuna)

Nombre completo	No. de documento	Parentesco	Vacunas	
			1.	3.
			2.	4.
			1.	3.
			2.	4.
			1.	3.
			2.	4.
			1.	3.
			2.	4.

## Autorización y Firma

Autorizo al pagador para descontar por nómina, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ por concepto \_\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ cuotas.

**Firma solicitante:** \_\_\_\_\_

C.C., C.E., ó PAS No.: \_\_\_\_\_

## Campo exclusivo CPS

Centro Médico:

**Firma y sello autorizado** \_\_\_\_\_