



FORMATO AFILIACIÓN EPS, ARP, AFP

Contrato No: _____
 Objeto del contrato: _____
 Contratista: _____
 Mes de evaluación: _____

No.	NOMBRE	CEDULA	CARGO	TELEFONO	FECHA INGRESO	ARP	FECHA AFILIACIÓN O ULTIMO PAGO	EPS	FECHA AFILIACION O ULTIMO PAGO	AFP	FECHA AFILIACION O ULTIMO PAGO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											