



SOLICITUD DE SOLVENCIA-REGIMEN SALUD

FECHA

día		mes			año		

Cantidad de solvencias que solicita: _____

DATOS DE PATRONO O EMPRESA

Nombre: _____

Abreviatura: _____ Número (s) de identificación Patronal: _____

NIT Patrono o Empresa:

				-								-				-		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

Ultima Solvencia tramitada:

día		mes			año		

Número(s) correlativo(s) _____

Institución donde cotizan el Ahorro de Pensiones (IVM) : _____

ADJUNTO DOS ULTIMOS RECIBOS 1- _____

mes		año	

teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DE COTIZACION (N°): 2- _____

mes		año	

fax

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POR (US) \$ _____
(sumatoria de ambos recibos)

Dirección del Centro de Trab. u Oficina: _____

Para presentarse en _____

Firma: _____

Datos del Representante Legal

Nombre Completo: _____

NIT

				-								-				-		
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

DUI

								-	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

APARTADO EXCLUSIVO SECCION CUENTAS POR COBRAR

Fecha y Hora: _____

Recepción Solicitud

Finaliza investigación

Entrega solvencia

Nombre: _____

								-	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

DUI de quien recibe la solvencia

Revisa (Cuentas por Cobrar)

OBSERVACIONES: _____

