



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

**RESOLUCIÓN No. 380-16 QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS Y DOCUMENTOS A SER REQUERIDOS POR LAS AFP PARA LA DEVOLUCIÓN DE SALDO CCI POR ENFERMEDAD TERMINAL. SUSTITUYE LA RESOLUCIÓN No. 363-14.**

**CONSIDERANDO I:** Que el Artículo 60 de la Constitución de la República dispone que el Estado es el garante del desarrollo progresivo de la Seguridad Social.

**CONSIDERANDO II:** Que la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en lo adelante la Ley, en su Artículo 22, establece que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS.

**CONSIDERANDO III:** Que la Ley establece que los Fondos de Pensiones pertenecen exclusivamente a los afiliados y se constituirán con las aportaciones obligatorias, voluntarias y extraordinarias, así como con sus utilidades; los mismos son inembargables, no serán objeto de retención y sólo podrán ser retirados cuando el afiliado cumpla con los requisitos para su retiro, bajo las modalidades establecidas por la citada ley y sus normas complementarias.

**CONSIDERANDO IV:** Que es necesario regular las diferentes situaciones para la devolución de aportes de los afiliados que no tienen garantías de pensiones que reemplacen su pérdida de ingresos económicos y es función del CNSS establecer políticas de Seguridad Social orientadas a la protección integral y bienestar general de la población, en especial a elevar los niveles de equidad, solidaridad y participación, de acuerdo a lo establecido en el literal a) del artículo 22 de la Ley.

**CONSIDERANDO V:** Que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermedad en fase terminal como aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable, generalmente inferior a seis meses; es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente; por lo tanto la documentación médica depositada por los afiliados afectados de esta condición deberá incluir el informe médico que establece el pronóstico de vida del afiliado.

**CONSIDERANDO VI:** Que el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante su Resolución No. 350-02 del 28 de agosto de 2014 estableció un régimen de excepción para que los afiliados que cumplan con condiciones específicas puedan realizar el retiro de sus fondos en un solo pago, como es el caso de los afiliados que padezcan una enfermedad terminal.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

**CONSIDERANDO VII:** Que como consecuencia de la aprobación de la Resolución No. 350-02 citada precedentemente, la Superintendencia de Pensiones dictó su Resolución No. 363-14 que establece los Requisitos y Documentos a ser requeridos por las AFP para la Devolución del Saldo de la CCI por Enfermedad Terminal, a la vez que en fecha dos (2) de febrero del año 2016 solicitó al CNSS establecer los parámetros requeridos para la evaluación y calificación de enfermedades terminales, ya que no se dispone de las normativas correspondientes para proceder y dar respuesta a los afiliados solicitantes.

**CONSIDERANDO VIII:** Que atendiendo a la solicitud de la Superintendencia de Pensiones, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la Resolución No. 400-04 del 04 de agosto del 2016, aprobó un procedimiento para que las CMNR puedan evaluar a los afiliados que solicitan la devolución de saldo de sus CCI por enfermedad terminal, a la vez que establece disposiciones que afectan sensiblemente el contenido de la Resolución SIPEN No. 363-14 anteriormente citada.

**CONSIDERANDO IX:** Que corresponde a la Superintendencia de Pensiones, de conformidad con las disposiciones de la Ley y sus normas complementarias, establecer el procedimiento requerido para hacer efectivo el cumplimiento de la referida Resolución del CNSS No. 400-04.

**VISTA:** La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 9 de mayo de 2001;

**VISTO:** El Reglamento de Pensiones, promulgado mediante el Decreto 969-02 del Poder Ejecutivo, de fecha diecinueve (19) de diciembre del 2002;

**VISTO:** El Manual de la Evaluación y Calificación del Grado de Discapacidad atendiendo a la Profesión o Especialidad del Trabajo de la Persona Afectada, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 162-03 del 19 de julio de 2007, modificada por la Resolución 271-03 del 02 de junio del 2011;

**VISTO:** El Manual de Procedimiento Administrativo para la Operación de las Comisiones Médicas Nacional y Regionales, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, mediante su Resolución No. 241-03 del 10 de junio del año 2010 y sus modificaciones aprobadas mediante Resolución CNSS No. 301-02 del 18 de octubre del año 2012;

**VISTA:** La Resolución No. 350-02 que establece un Régimen de Excepción para el Pago de Beneficios a los Afiliados con Ingreso Tardío a una AFP del Régimen Contributivo del Sistema de Pensiones, emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en fecha 29 de Agosto de 2014;

**VISTA:** La Resolución No. 400-04 que establece un procedimiento que permite que los afiliados al Sistema de Capitalización Individual del Régimen Contributivo con enfermedad terminal



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

puedan retirar sus aportes de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en fecha 4 de agosto de 2016;

**VISTA:** La Resolución No. 306-10 Sobre Beneficios de Pensión del Régimen Contributivo: Por Vejez, Por Discapacidad, De Sobrevivencia y por Cesantía por Edad Avanzada, emitida por la Superintendencia de Pensiones en fecha 17 de agosto del 2010;

**VISTA:** La Resolución No. 363-14 que establece los Requisitos y Documentos a ser requeridos por las AFP para la Devolución de Saldo de CCI por Enfermedad Terminal, dictada por la Superintendencia de Pensiones en fecha 27 de octubre de 2014.

**La Superintendencia de Pensiones, en virtud de las atribuciones que le confiere la Ley;**

## RESUELVE:

**Artículo 1.** Establecer el procedimiento administrativo para la devolución del saldo de la Cuenta de Capitalización Individual (CCI) a los afiliados del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Pensiones que se encuentren en etapa final de su vida por una Enfermedad Terminal.

**Párrafo.** Para los efectos de la presente Resolución, se define Enfermedad Terminal al estado de salud de un individuo con las siguientes características:

- a) Presencia de una o varias enfermedades avanzadas con características clínicas de terminalidad, acorde al curso natural de las enfermedades que padece; de carácter progresiva, incurable, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes y que no tiene tratamiento específico curativo o capacidad para retrasar la evolución conllevando a la muerte.
- b) Pronóstico de vida igual o inferior a seis (6) meses.
- c) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

**Artículo 2. Requisitos.** Para acceder a la devolución de los recursos acumulados en la CCI en un solo pago, el afiliado deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Estar afiliado al Sistema de Capitalización Individual del Régimen Contributivo.
2. Haber sido dado de baja en la nómina del empleador.
3. Contar con un informe de la Comisión Médica Regional (CMR) que corresponda a su lugar de residencia o del centro de salud donde se encuentre hospitalizado, o bien de la Comisión Médica Nacional (CMN), en caso de apelación por parte del afiliado o la AFP, que establezca que el afiliado se encuentra o no en estado terminal, que incluya el o los diagnósticos confirmados, utilizando la Codificación Internacional de Enfermedades





# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

(CIE-10), que describa el estado general con las características que indican la fase terminal y la confirmación del pronóstico en referencia al tiempo de vida.

4. No tener derecho a ningún otro beneficio dentro del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia del Régimen Contributivo.

**Párrafo.** Quedan exentos de la aplicación del numeral 4 del presente Artículo, los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social que se encuentren disfrutando de una pensión por sobrevivencia a causa del fallecimiento de su cónyuge o compañero de vida.

**Artículo 3. Solicitud Devolución de Aportes.** Para acceder a la devolución del saldo acumulado en la CCI por enfermedad terminal, el afiliado o su representante legal, con poder notarial debidamente legalizado y/o Acto de Interdicción, según sea el caso, deberá suscribir en la AFP correspondiente el formulario *“Solicitud de Devolución de Saldo de CCI a los afiliados con Enfermedad Terminal FORM-DSCCIAET-01”* y el *“Documento de Elección de Pago”*, que figuran en los Anexos Nos. 1 y 2 de la presente Resolución, respectivamente, incluyendo la documentación siguiente:

- i. Copia de la Cédula de Identidad.
- ii. Documentación médica original relacionada con la condición de salud que genera la solicitud de evaluación y calificación de Enfermedad Terminal, debiendo al menos depositarse un informe del o los médicos tratantes, mediante el cual certifiquen que el afiliado está en condición de enfermedad terminal, incluyendo diagnósticos, estado general y pronóstico sobre el tiempo de vida que le resta al afiliado, así como el expediente clínico completo del afiliado.

**Párrafo I.** En el caso de que la documentación relativa a la representación legal de los afiliados que no asisten personalmente a solicitar la evaluación de enfermedad terminal para devolución del saldo acumulado en la CCI esté afectada de alguna irregularidad, no cumpla con las exigencias legales vigentes o no pueda ser verificada su validez con el afiliado por los canales de comunicación establecidos, la AFP tendrá la facultad de rechazar dicha documentación, previa realización de las investigaciones o validaciones que entienda de lugar. Si la AFP comprueba la existencia de irregularidad, inconsistencia, falsedad o fraude de parte de terceros en perjuicio de los afiliados o de la propia AFP, cancelará la solicitud de pago de beneficios por enfermedad terminal y notificará al Representante Legal con acuse de recibo, indicando el motivo de la cancelación, y podrá adicionalmente tomar las medidas de precaución que entienda pertinentes para salvaguardar los derechos de sus afiliados.

**Párrafo II.** La AFP deberá solicitar a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), en un plazo máximo de dos (2) días hábiles contados a partir de la presentación de la documentación completa, una certificación en la que se indique que el afiliado ha sido dado de baja en la nómina registrada en la TSS. En caso de que el afiliado se encuentre activo en nómina, debe certificarse este estatus y se incluirán los datos correspondientes al empleador que mantiene al afiliado



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

activo, a fin de que dicho afiliado proceda a contactar al empleador y se proceda a darle de baja en la nómina. La Tesorería de la Seguridad Social emitirá la certificación correspondiente en un (1) día hábil, contado a partir de la fecha de recepción de la solicitud por parte de la AFP.

**Párrafo III.** En caso de que el afiliado no cumpla con alguno de los requisitos necesarios y/o no deposite toda la documentación establecida, la AFP deberá informarle al afiliado o a su representante legal la cancelación de la solicitud de manera escrita con acuse de recibo y deberá devolver al afiliado o a su representante legal, mediante el formulario **“Devolución de Solicitud FORM-DEVS-02”**, que figura en el Anexo No. 3 de la presente Resolución, explicando por escrito el motivo de la devolución y la información que falta para que la complete.

**Párrafo IV.** El formulario **“Solicitud de Devolución de Saldo de CCI a los afiliados con Enfermedad Terminal FORM-DSCCIAET-01”** se identificará mediante un código alfanumérico de cuatro (4) letras y siete (7) dígitos. Las cuatro letras identificarán a la AFP que realiza la solicitud de evaluación de la enfermedad terminal y corresponden a las primeras cuatro letras del nombre comercial de la misma, mientras que los siete dígitos identificarán el número del formulario.

**Párrafo V.** El formulario **“Solicitud de Devolución de Saldo de CCI a los afiliados con Enfermedad Terminal FORM-DSCCIAET-01”** deberá ser impreso por la AFP en tres (3) ejemplares. Un ejemplar deberá ser incluido en el expediente individual del afiliado en la AFP; el segundo ejemplar se enviará a la CMR correspondiente, en caso de que aplique; y el tercer ejemplar quedará en poder del solicitante, especificando los documentos médicos presentados. Todos los ejemplares deberán llevar la fecha de recepción por la AFP debidamente respaldada con el sello y la firma del representante de la AFP y la firma del solicitante de la evaluación.

**Artículo 4. Solicitud de Evaluación de Enfermedad Terminal a la Comisión Médica Regional.** La AFP remitirá a la CMR 0 – Santo Domingo, en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles contados a partir de la fecha en que la AFP recibe la certificación de la TSS, el expediente completo del afiliado en sobre sellado, conteniendo el original del **FORM-DSCCIAET-01**, fotocopia del documento de identificación, los originales de los documentos médicos listados y especificados en el **FORM-DSCCIAET-01** y copia del poder notarial o acto de interdicción que acredite como representante del afiliado a la persona que haga la solicitud, en caso de que aplique.

La CMR 0 determinará la CMR que evaluará el expediente y asignará el número del caso, dándoselo a conocer a la AFP, y remitirá el expediente a la CMR. La AFP tendrá la responsabilidad de hacer llegar al afiliado copia del acuse de recibo con el número de caso asignado, en un plazo de dos (2) días hábiles contados a partir del día en que el expediente es recibido en la CMR 0. Las evaluaciones de enfermedades terminales serán realizadas por las Comisiones Médicas competentes en base a las disposiciones dictadas por el Consejo Nacional de la Seguridad Social.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

La AFP deberá notificar por vía electrónica a la SIPEN los casos que se encuentren completos y que cumplan con los requisitos establecidos por la presente Resolución, en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud de devolución del saldo de la CCI por enfermedad terminal.

Asimismo, la CMR 0 y/o la CMN, en casos que aplique, deberá notificar por vía electrónica a la SIPEN las solicitudes de evaluación de enfermedad terminal recibidas y que cumplan con los requisitos establecidos por la presente Resolución, en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción las mismas.

**Artículo 5. Evaluación de la Comisión Médica Regional.** A partir de la recepción del expediente completo en la CMR, ésta tendrá un plazo no mayor a siete (7) días hábiles para realizar la evaluación del afiliado y emitir el informe, determinando si la enfermedad que padece es terminal o no.

Para la coordinación de la cita de evaluación, la CMR tomará en cuenta el estado de salud del afiliado y la existencia de dificultad para movilizarlo hasta las oficinas de la CMR y se estimará, de ser necesario, realizar la evaluación en la residencia del afiliado o en el centro hospitalario donde esté ingresado, siempre y cuando las autoridades del mismo lo permitan.

**Artículo 6. Respuesta de la Comisión Médica Regional.** Una vez terminada la fase de evaluación y validación del estado terminal de la enfermedad del afiliado, la CMR procederá a formular el informe correspondiente. El original del informe será enviado a la SIPEN y a la AFP en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles después de emitido el mismo, así como la documentación médica que avala la evaluación del afiliado.

La AFP deberá remitir al afiliado una copia del informe emitido por la Comisión Médica correspondiente en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción del mismo. Si no se presentase apelación en el plazo establecido por Ley, a partir de la recepción del informe por la AFP y/o el afiliado, la AFP remitirá a la Superintendencia de Pensiones copia del expediente completo del afiliado en un plazo no mayor a los dos (2) días hábiles después de haber finalizado el período de apelación.

La SIPEN procederá en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a instruir a la AFP para que ejecute el pago correspondiente en la forma seleccionada por el afiliado en el **“Documento de Elección de Pago”** (Anexo No. 2) y notifique al afiliado del cumplimiento de la devolución del saldo de la CCI, o bien la declinación del caso por no cumplir con los requisitos correspondientes.

**Artículo 7. Procedimiento de apelación ante la Comisión Médica Nacional.** Los afiliados y las AFP podrán apelar ante la CMN los resultados del informe de enfermedad terminal emitido





# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

por la CMN correspondiente, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción del informe, con acuse de recibo, utilizando el Formulario de Apelación (FORM-APE-07), que figura en el Anexo No. 4 de la presente Resolución, para que la CMN proceda con la revisión. Si la apelación fuera interpuesta vencido el plazo señalado, se informará al afiliado o a la AFP, mediante comunicación escrita por parte de la CMN, de la inadmisibilidad por prescripción de dicha apelación.

La AFP deberá remitir la documentación correspondiente a la apelación a la CMN en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles desde su recepción. La AFP deberá remitir a la Superintendencia de Pensiones el expediente completo del afiliado adjuntando el formulario FORM-APE-07, a más tardar dos (2) días hábiles contados a partir de la notificación a la CMN de las apelaciones interpuestas. La CMN notificará a la SIPEN la solicitud de apelación existente en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles contados a partir de la recepción de la apelación interpuesta por el afiliado o la AFP.

La CMN, en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles, a partir de la recepción del expediente completo, revisará el informe recibido y emitirá un nuevo informe. Para la toma de decisión, la CMN, en caso de ser necesario, además de evaluar el expediente, podrá citar al afiliado, trasladarse a la residencia del afiliado o al centro hospitalario donde esté ingresado el mismo, si las autoridades del mismo lo permiten.

La CMN, en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la emisión del nuevo informe, enviará el mismo en formato PDF, así como la documentación médica que avala la evaluación, a la SIPEN y a la AFP. La AFP deberá notificar y remitir el estatus del informe apelado al afiliado, en un plazo de dos (2) días hábiles, contados a partir de la recepción del mismo.

Asimismo, la AFP deberá remitir a la SIPEN el resultado de la apelación a más tardar dos (02) días hábiles después de haberlo recibido por parte de la CMN. Los costos de honorarios profesionales de la CMN serán cubiertos por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Una vez recibido el informe por parte de la CMN, la SIPEN procederá en un plazo no mayor a dos (2) días hábiles a instruir la continuidad del proceso a la AFP, según corresponda:

1. Ejecutar el pago correspondiente en la forma que fue seleccionada por el afiliado en el ***Documento de Elección de Pago***.
2. La declinación del caso por no cumplir con los requisitos normados; en ambos casos, la AFP notificará al afiliado la conclusión del proceso y procederá acorde a la normativa vigente al cierre de la CCI.



# SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

*“Año del Fomento de la Vivienda”*

**Artículo 9. Entrada en vigencia.** La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su aprobación, la misma deberá ser publicada en al menos un diario de circulación nacional y notificada a las partes interesadas para los fines de lugar.

**Artículo 10.** La presente Resolución sustituye la Resolución 363-14 que establece los Requisitos y Documentos a ser requeridos por las AFP para la Devolución de Saldo de CCI por Enfermedad Terminal, de fecha 27 de octubre de 2014.

Dada en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los Cinco (05) días del mes de Octubre del año Dos Mil Dieciséis (2016).

**Ramón E. Contreras Genao**  
Superintendente de Pensiones



## ANEXO N° 1

LOGO AFP		SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE SALDO DE CCI A LOS AFILIADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL FORM-DSCCIAET-01							
		No. Solicitud	Código	No. Correlativo	Día			Mes	Año
1. INFORMACION GENERAL DE LA EVALUACION					Este Código será llenado por CMR:				
Evaluación		No. de Expediente			CMR[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				
Reevaluación									
2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO									
Apellidos			Nombres			Alias		NSS	
Número de Documento de Identidad			Estado Civil			Género MF	Escolaridad		
							Primer nivel	Cuarto Nivel	
Fecha Nacimiento		Nacionalidad	Teléfono Casa	Teléfono Celular	email		Segundo Nivel	No escolaridad	
								Entrenamiento	Hrs.
Edad	Años					Tercer Nivel	Técnico		
Dirección de Domicilio					Edificio		Piso	No.	
Séctor		Sección	Municipio		Ciudad		Provincia		
3. RELACION DE DOCUMENTOS									
Extracto Acta de nacimiento			Documentación Médica Soporte			Otros:			
Cédula de identidad			Historial Clínico						
Certificados médicos			Informe Médico con Pronóstico de vida						
Declaración jurada			vida						
4. DATOS DEL SOLICITANTE (llenar solo si solicitante es distinto al afiliado)									
Apellidos			Nombres			Documento identidad			
Nacionalidad			Teléfono Casa	Teléfono Celular	Teléfono Trabajo	Relación con el afiliado			
Dirección de Domicilio					Edificio		Piso	No.	
Séctor		Sección	Municipio		Ciudad		Provincia		
Nombres Representante AFP					Firma del representante de AFP y Sello				
Firma del afiliado									

Logo y nombre de la AFP
----------------------------

## DOCUMENTO DE ELECCIÓN DE PAGO

Fecha Suscripción		
Día	Mes	Año

No. Solicitud:

A	A	A	A	0	0	0	0	0	0	1
Código AFP				No. Correlativo						

## Información del afiliado

Apellidos _____
Nombres _____
Cédula de Identidad y Electoral _____ Número de Seguridad Social _____

## Selección modalidad de pago

 **Cheque**
 **Transferencia Bancaria**

En caso de que la transferencia bancaria de los recursos no pueda ser realizada, por causas ajenas a la AFP, autorizo a esta última a realizar el pago mediante cheque.

## Para ser completado en caso de haber seleccionado transferencia bancaria

No. de Cuenta _____
Banco domiciliado en República Dominicana _____

## Identificación del Representante de la AFP

Apellidos _____
Nombres _____

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE AFP Y SELLO

LOGO AFP		FORMULARIO DEVOLUCION SOLICITUD FORM-DEVS-02								
		No. Solicitud	Código	No. Correlativo	Fecha Solicitud			Fecha Devolución		
					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
1. INFORMACION GENERAL DE LA SOLICITUD										
Evaluación	Reevaluación	AFP					No. de Expediente			
2. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO										
Apellidos		Nombres			Alias		NSS			
Número de Documento de Identidad		Estado Civil			Género MF	Nacionalidad				
Fecha Nacimiento		Edad	Teléfono Casa		Teléfono Celular		e-mail			
		años								
Dirección de Domicilio					Edificio		Piso	No.		
Sector		Sección	Municipio		Ciudad		Provincia			
2. DOCUMENTOS REQUERIDOS FALTANTES (art. 5)										
Extracto Acta de nacimiento			Antecedentes médicos							
Cédula de identidad			Historial Clínico							
Certificado médico			Informe Médico con pronóstico de vida							
Declaración jurada										
Otros:										
Nombre Representante AFP					Firma del representante de AFP y Sello					
Firma del afiliado										

APELACION INFORME ENFERMEDAD TERMINAL FORM-APE-07											
Caso Apelado						No. Apelación					
<b>I. DATOS DEL AFILIADO</b>											
Apellidos				Nombres				Alias		NSS	
Número de Documento de Identidad				Estado Civil			Género MF		Escolaridad		
									Primer nivel	Cuarto Nivel	
Fecha Nacimiento		Nacionalidad		Teléfono Casa	Teléfono Celular	email			Segundo Nivel	No escolaridad	
										Entrenamiento	Hrs
Edad	años								Tercer Nivel	Técnico	
Dirección de Domicilio						Edificio		Piso	No.		
Séctor		Sección		Municipio		Ciudad		Provincia			
<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>											
a) Si fuera familiar o apoderado											
Apellidos				Nombres				Relación con el afiliado			
Numero de Documento de identidad				Estado Civil			Sexo	Nacionalidad		Edad	
Dirección de Domicilio				Edificio		Piso	No.	Teléfono			
Municipio				Ciudad							
Fecha						Nombre y firma del solicitante					
DIA		MES		ANO							
Lugar:											