



AFILIACION CIUDAD Medellin. FECHA DILIGENCIAMIENTO 20 / 05 / 14
 ACTUALIZACION

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR
 No. DE DOCUMENTO TIPO DOC. DV 900567821-9 NOMBRE O RAZON SOCIAL Aoxlab S.A.S.
 DIRECCION PRINCIPAL Cil 32 F # 79 B 122
 MUNICIPIO Medellin. DEPARTAMENTO Antioquia.
 TELEFONO 4447286. CORREO ELECTRONICO aoxlab@gmail.com.

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR
 No. DE DOCUMENTO TIPO DOC. PRIMER APELLIDO Lopera.
1.08404.124. SEGUNDO APELLIDO Perez.
 PRIMER NOMBRE Yasmin SEGUNDO NOMBRE Elana.
 FECHA NACIMIENTO 1986 09 / 30 SEXO M F SALARIO 1.700.000. NACIONALIDAD Colombiana.
 EPS ACTUAL Sura AFP ACTUAL Colpensiones.
 DIRECCION RESIDENCIA Cra 82B #48B-55.
 MUNICIPIO Medellin. DEPARTAMENTO Antioquia.
 TELEFONO RESIDENCIA 4226432. CORREO ELECTRONICO yaslope@gmail.com.
 OCUPACION CARGO ACTUAL Gerente General. - Demandos Cientificos. CODIGO

III. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO
 CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA 7210 CLASE RIESGO III TARIFA CENTRO TRAB. 1,136 % TELEFONO 4447286.
 DIRECCION Calle 32f diagonal 7AB - 122.
 MUNICIPIO Medellin DEPARTAMENTO Antioquia.

IV. INFORMACION DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)
 ① TIPO DOC. PRIMER APELLIDO
 No. DE DOCUMENTO SEGUNDO APELLIDO
 PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 FECHA NACIMIENTO MM / DD / AA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos
 ② TIPO DOC. PRIMER APELLIDO
 No. DE DOCUMENTO SEGUNDO APELLIDO
 PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 FECHA NACIMIENTO MM / DD / AA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos
 ③ TIPO DOC. PRIMER APELLIDO
 No. DE DOCUMENTO SEGUNDO APELLIDO
 PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 FECHA NACIMIENTO MM / DD / AA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.
 NOMBRE: Elba Hanu Lopez.
 C.C.: 21.122.212
AOXLAB
 Nit: 900.567.821-9
 Tele: 4447286
 FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
 NOMBRE CARGO
 FIRMA DEL TRABAJADOR Yasmin E Lopez.
 FIRMA FUNCIONARIO ARL