|  |
| --- |
| **Formulario de habilitación Usuarios Externos** |
| **NOTA: El formulario debe ser llenado digitalmente.** |

|  |
| --- |
| **I. Datos del Usuario Externo** |
| **Entidad/Empresa** |
|  |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombres** |
|  |  |  |
| **Número de Cédula de Identidad** | **Teléfono** | **Interno** |
|  |  |  |
| **Ciudad** | **Cargo** | **Correo Electrónico Institucional** |
|  |  |  |
| **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_****Fecha de solicitud(DD/MM/AA)** | **Firma del Usuario Solicitante** |

|  |
| --- |
| **II. Datos de la Solicitud** |
| **Tipo de requerimiento** | **Vigencia** |  |
| Crear nuevo usuario |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Indefinida** |
|  | **temporal hasta:(dd/mm/aa)** \_\_ /\_\_ /\_\_ |

 |  |
|  |

|  |
| --- |
| **III. Acceso Solicitado** |
| **Nombre del sistema o aplicativo** |
|  |
| **ESPECIFICACIONES (ROLES) Y JUSTIFICACIÓN DEL ACCESO** |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. Autorización de la Entidad / Institución** |
| **Firma y Sello – GERENTE GENERAL DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Solo Para uso interno de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros -APS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V. Autorización APS** |  | **Fecha de Recepción del Formulario** **(dd/mm/aa):** \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_ |
| **Firma y Sello – Director de SEGUROS** |  | **Firma y Sello –Profesional en Seguridad y Cumplimiento de la Información** |
|  |  |  |

 Página 1 de 1