



1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código a registrar por la EPS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Hernández		CC		1151934080		F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>		08/01/1990	

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	Tipo	Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
		F N M	T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización -IBC	
				\$ 1423500	
18. Residencia					
Calle # 82-77		Teléfono fijo		Teléfono celular	
		3206903696			
Municipio		Zona		Correo electrónico	
Palmira		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Alcaldía Municipal de Palmira	

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento <input type="text"/>		21. Número de documento de identidad		22. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres												
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento								
B1			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A								
B2			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A								
B3			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A								
B4			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A								
B5			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A								

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad			Condición	
				Tipo				
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

32. Datos de residencia		Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
Municipio/Distrito						
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Comfandi Honda	91829
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación <div></div>	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación				
Dirección		Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito
Departamento				

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

Página 2 de 2

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado. |

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

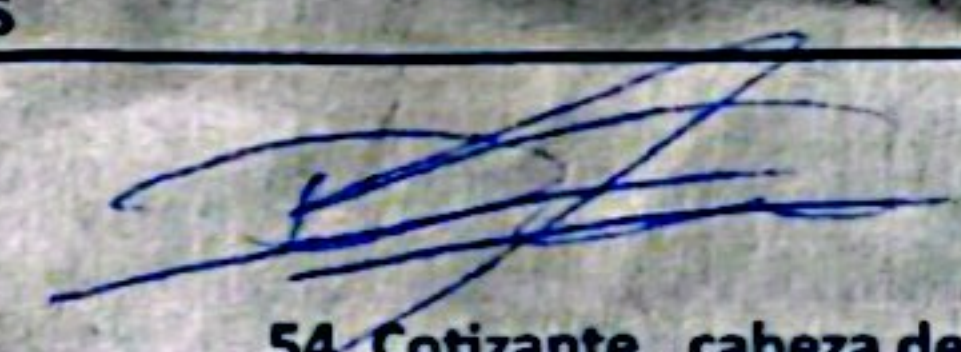
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de Identidad		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento D M A A A A	
42. Fecha D M A A A A		43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

 54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
--	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación D M A A A A			
69. Fecha de Validación D M A A A A		70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario			

OBSERVACIONES:

Aseor Deranda lps
Cód 2438

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- EMPLEADOR -

FT-GEC-AF-008

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIEGO FERNANDO MONTOYA LOPEZ identificado(a) con C.C No. 1.151.934.080, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de febrero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIEGO FERNANDO MONTOYA LOPEZ** identificado con **CC No. 1151934080**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011	Fecha de inicio de cobertura: 18/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 14/02/2025 Fecha fin de Contrato: 30/04/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 4

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012825573.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS