

FORMATO DATOS AFILIACIÓN BENEFICIARIO

Fecha de Diligenciamiento (mes/día/año) __/__/____ (año cuatro dígitos)

Datos Beneficiarios (uno por cada beneficiario)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de Identificación RC TI NUIP CC CE PASAPORTE

Número de Identificación sin guión _____

Fecha Nacimiento (mes/día/año) __/__/____ (año cuatro dígitos) sexo M F

Edad Cumplida _____

Parentesco con el Cotizante 1 2 3

1 Cónyuge o compañero(a) permanente

2 Hijo (a)

3 Padre o madre

Institución Educativa: _____

Zona de Residencia Rural Urbana

***En caso de que el beneficiario desee su servicio en otra región, el cotizante deberá diligenciar el formato de afiliación indicando Ciudad y Departamento de residencia con la respectiva firma.**

Firma del Cotizante

Entidad Elegida (En la región diferente a la del cotizante)

Región:
1 2 3 4 5