



Diligenciar la información del trámite que desea realizar

Fecha de Solicitud

Día	Mes	Año

No. IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO	EXTENSIÓN EN UNIVALLE	

TRASLADO DE EPS AL SERVICIO MÉDICO UNIVALLE	
EPS ACTUAL	

TRASLADO DEL SERVICIO MÉDICO UNIVALLE A EPS	
EPS A LA CUAL DESEA TRASLADARSE	

TRASLADO ENTRE EPS'S	
EPS ACTUAL	EPS A LA CUAL DESEA TRASLADARSE

TRASLADO DE RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL (FONDOS PRIVADOS) AL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA (COLPENSIONES)					
FONDO DE PENSIÓN ACTUAL	FECHA DE LA PRIMERA AFILIACIÓN EN UN FONDO PRIVADO	DÍA	MES	AÑO	TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL FONDO PRIVADO

TRASLADO DE RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA (COLPENSIONES) AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL (FONDOS PRIVADOS)					
FONDO DE PENSIÓN AL CUAL DESEA TRASLADARSE	FECHA DE AFILIACIÓN EN COLPENSIONES	DÍA	MES	AÑO	TIEMPO DE PERMANENCIA EN COLPENSIONES

TRASLADO ENTRE FONDOS PRIVADOS - RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL		
FONDO DE PENSIÓN ACTUAL	FONDO DE PENSIÓN AL CUAL DESEA TRASLADARSE	TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL FONDO

FIRMA FUNCIONARIO SOLICITANTE

NOTA:

ESTE FORMATO DEBE PRESENTARSE CON LOS DOCUMENTOS SOPORTES RELACIONADOS EN LA "GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE TRASLADOS DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS, DE SERVICIO MÉDICO UNIVALLE Y DE FONDOS ADMINISTRADORES DE PENSIONES" QUE SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE ENLACE WEB:

<https://recursoshumanos.univalle.edu.co/seccion-de-seguridad-social>

SE DEBE TENER EN CUENTA LAS CONDICIONES MENCIONADAS EN LA GUÍA PARA EL TRÁMITE QUE VA A SOLICITAR.

ES NECESARIO ADJUNTAR A ESTE FORMATO LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS.