VIGILADO Supersalud

Cruz Blanca E.P.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DECLARACIÓN ANUAL DE INGRESO DE COTIZACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES

REGIONAL RADICACIÓN	SECCIONAL RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	No. RADICACIÓN
		D D M M A A A A	

TIPO DE COTIZANTE INDEPENDIENTE. Por favor seleccione con una X el tipo de cotizante que representa

☐ Persona Natural	☐ Aprendiz Sena	☐ Madre/Padre Comunitario Con Administradora	☐ CTA. Trabajador Asociado	☐ Agrupadora	☐ Mutual
☐ Contratista	☐ Madre/Padre Comunitario Sin Administradora	☐ Subsidio de Desempleo	☐ CTA. Trabajador NO Asociado	☐ Agremiadora	

PARTE I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

TIPO DE DOCUMENTO ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC	NÚMERO DE DOCUMENTO DV	ESTADO CIVIL ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO	
DIRECCIÓN LABORAL	NÚMERO TELÉFONO LABORAL	NÚMERO FAX LABORAL	NÚMERO TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL	MUNICIPIO LABORAL	DEPARTAMENTO LABORAL	UBICACIÓN LABORAL ☐ URBANA ☐ RURAL
TIPO DE DOCUMENTO CONYUGE ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC	NÚMERO DE DOCUMENTO CONYUGE DV	CONYUGE COTIZA AL SGSSS ☐ SI ☐ NO	EPS- EPSS- ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR

PARTE II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMLMV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL MUNICIPIO DONDE DESAROLLA SU ACTIVIDAD	PRODUCTOR AGROPECUARIO ☐ SI ☐ NO	NIVEL EDUCATIVO ☐ NINGUNO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ SUPERIOR ☐ ESPECIALIZACIÓN	ULTIMO GRADO APROBADO
POSEE VIVIENDA PROPIA? ☐ SI ☐ NO	TAMAÑO DE LA EMPRESA ☐ 1 EMPLEADO ☐ 2 A 9 EMPLEADOS ☐ 10 o MAS EMPLEADOS	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $	POSICIÓN OCUPACIONAL ☐ PATRÓN / EMPLEADOR ☐ TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA	EXPERIENCIA LABORAL AÑOS MESES
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE INGRESOS ☐ INGRESO REAL ☐ CERTIFICACIÓN CONTADOR PÚBLICO ☐ CERTIFICACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS ☐ SEI	ADMINISTRADORA RIESGOS PROFESIONALES	ADMINISTRADORA FONDO DE PENSIONES		
COTIZACIÓN SE PAGA A TRAVÉS DE AGRUPADORA ☐ SI ☐ NO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA AGRUPADORA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN AGRUPADORA DV	DIRECCIÓN AGRUPADORA	
TELÉFONO AGRUPADORA	FAX AGRUPADORA	CORREO ELECTRÓNICO AGRUPADORA	CIUDAD AGRUPADORA	DEPARTAMENTO AGRUPADORA	ZONA ☐ URBANA ☐ RURAL

FIRMA DEL COTIZANTE INDEPENDIENTE	CIUDAD Y FECHA