

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN A LA EPS.**  
**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES, SERVIDORES PÚBLICOS, INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS.**

**ATENCIÓN: USTED NO ESTÁ OBLIGADO A DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO EN LOS SIGUIENTES CASOS:**

- Si ya está afiliado como cotizante o beneficiario a una EPS y dicha afiliación se encuentra vigente. En éste caso deberá diligenciar el Formulario Único de Novedades, FIRC - 003.
- Si está usted afiliado al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y dicha afiliación está vigente.

**DILIGENCIE EL FORMULARIO A MÁQUINA O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES.**

Los **numerales I y II** deberán ser diligenciados por el afiliado cotizante independiente, dependiente, pensionado, servidor público o cabeza de grupo familiar, éste contiene la información del cotizante y de sus beneficiarios la cual debe ser registrada de carácter obligatorio.

Las Declaraciones Juramentadas deberán ser firmadas por el afiliado cotizante. El numeral III deberá ser diligenciado únicamente por el empleador, trabajadores dependientes, afiliados pensionados.

El numeral IV deberá ser diligenciado por el afiliado cotizante independiente o cabeza de grupo familiar cuyo ingreso sea igual o superior a 1 SMLMV.

El numeral V deberá ser diligenciado exclusivamente por el afiliado independiente de bajos ingresos (RIB 41 y 42).

El numeral VI deberá ser diligenciado exclusivamente por la EPS.

**Regional de Radicación.** Diligencie la regional en la cual se encuentra realizando la radicación de la afiliación.

**Seccional de Radicación.** Diligencie la seccional en la cual se encuentra realizando la radicación de la afiliación.

**Fecha de Radicación.** Diligencie la fecha en la cual se encuentra realizando la radicación de la afiliación. Utilice el siguiente formato: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos)

**No. de Radicación.** Registre el número de radicación que le es asignado al formulario de afiliación.

**Fecha de Diligenciamiento.** Diligencie la fecha en la cual se encuentra realizando el diligenciamiento de la afiliación. Utilice el siguiente formato: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos)

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

**Tipo de Cotizante:** marque con una equis (X), si el cotizante es Dependiente, Pensionado e Independiente, así mismo marque con una equis (X), el tipo de cotizante según corresponda:

**Dependiente**

- \* Empleado
- \* Aprendiz Universitario
- \* Servidor Público
- \* Practicante
- \* Servicio Doméstico
- \* Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado
- \* Aprendiz Sena Etapa Lectiva
- \* Otros
- \* Aprendiz Sena Etapa Productiva

**Pensionado**

- \* Jubilación
- \* Pensión Compartida
- \* Sustitución
- \* Otros

**Independiente**

- \* Persona Natural
- \* Madre/ Padre Comunitaria sin Administradora
- \* Contratista
- \* Agropadora
- \* Subsidio de Desempleo
- \* Agremiadora
- \* Tipo 41- Pago por Tercero
- \* Mutua
- \* Tipo 42- Pago sólo Salud
- \* Asociación
- \* Madre/ Padre Comunitaria con Administradora
- \* Otros

**PARTE II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS.** Esta información debe ser diligenciada por el cotizante; corresponde a los datos del cotizante y sus beneficiarios según por la cual se requiere que este diligencie en su totalidad.

**Nacionalidad:** Diligencie la nacionalidad del cotizante y de sus beneficiarios.

**Tipo de Identificación:** Marque con una equis (X), el tipo de documento con el cual se encuentra identificado el cotizante y sus beneficiarios:

C.C.: Cédula de Ciudadanía C.E. : Cédula de Extranjería N.U.P.: Número Único de Identificación P.A.: Pasaporte T.I.: Tarjeta de Identidad M.S.: Número de Menor sin Identificación R.C.: Registro Civil C.D.: Carné Diplomático

**Número Identificación:** Diligencie el número del documento de identificación del cotizante y de sus beneficiarios, conforme al documento de identidad incluyendo todos los dígitos.

**Municipio de Expedición:** Diligencie el municipio en donde fue expedido el documento de identidad del cotizante y sus beneficiarios.

**Fecha de Expedición:** Diligencie la fecha en la cual se expidió el documento de identidad del cotizante y todos los beneficiarios, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Fecha de Afiliación al SGSSS:** Diligencie la fecha en la cual se otorgó el cotizante y sus beneficiarios por primera vez a una Entidad Promotora de Salud, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos) MES (dos dígitos numéricos), AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Primer Apellido:** Diligencie el primer apellido conforme aparece en el documento de identidad.

**Segundo Apellido:** Diligencie el segundo apellido (o de casada) conforme aparece en el documento de identidad.

**Primer Nombre:** Diligencie el primer nombre del cotizante y sus beneficiarios, conforme aparece en el documento de identidad.

**Segundo Nombre:** Diligencie el segundo nombre del cotizante y sus beneficiarios, conforme aparece en el documento de identidad.

**Sexo:** Seleccione y marque con una equis (X), en la casilla correspondiente al sexo del cotizante y los beneficiarios: M= Masculino o F= Femenino.

**Fecha de Nacimiento:** Diligencie la fecha de nacimiento del cotizante y los beneficiarios en el siguiente orden: AÑO (cuatro dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y DIA (dos dígitos numéricos).

**Origen de la Afiliación:** Marque con una equis (X), según corresponda el origen de la afiliación del cotizante y de todos sus beneficiarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

NS: Nuevo en el SGSSS TE: Traslado de EPS  
TR: Traslado de Régimen NE: Nació en la EPS

**Parentesco Beneficiarios:** Este campo es exclusivo para ser diligenciado por los beneficiarios. Marque con una equis (X), el tipo de parentesco que tenga cada beneficiario con el cotizante, de acuerdo con: Cónyuge, Compañero (a), hijo (a), padre/madre, otros UPC Adicional. Debe anexar los documentos que acrediten tal calidad.

**Discapacidad:** Marque con una equis (X), si el cotizante o alguno de los beneficiarios posee una discapacidad.

**Tipo de Discapacidad:** En caso de tener discapacidad, marque con una equis (X), el tipo de discapacidad: Físico, Mental, Sensorial Auditiva, Sensorial Visual, Sensorial Sordoceguera.

**Grado de Discapacidad:** Sin caso de tener discapacidad, marque con una equis (X), el grado de discapacidad: Leve, Moderado, Severo.

**Incapacidad Permanente para Trabajar:** Marque con una equis (X), si el cotizante y los beneficiarios presentan algún tipo de incapacidad, caso de existir incapacidad certificada por profesional de la salud.

**Tipo de Incapacidad:** Marque con una equis (X), si el cotizante y los beneficiarios presentan algún tipo de incapacidad; invalidez, incapacidad permanente parcial.

**Grado de Incapacidad:** Marque con una equis (X), el grado de incapacidad:

Leve Menor a 15% Moderado 15% a 25%  
Severo 25% o 50% Profunda Mayor al 25%

**ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR/ ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR/ ARS ANTERIOR**

**Nombre de la Entidad o EPS:** Diligencie el nombre de la última Entidad en la cual ha estado afiliado el cotizante y sus beneficiarios.

**Fecha de Retiro de la EPS Anterior:** Diligencie la fecha en la cual se retiró de la Entidad Promotora de Salud anterior el cotizante y sus beneficiarios, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos) MES (dos dígitos numéricos), AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Excepción de Movilidad:** Marque con una equis (X), si su solicitud de afiliación corresponde a una excepción contemplada por la norma para elevar un traslado de otra Entidad Promotora de Salud.

**Justificación:** En caso de ser afirmativa su respuesta por favor seleccione la causal que corresponda debidamente sustentada: Sin cobertura o unificación del Grupo Familiar.

**Dirección Residencia:** Diligencie la dirección de residencia del cotizante y sus beneficiarios.

**Número Telefónico Residencia:** Diligencie el número telefónico de residencia del cotizante y sus beneficiarios (omita el indicativo).

**Ciudad Residencia:** Diligencie el nombre del municipio de residencia del cotizante y sus beneficiarios.

**Departamento Residencia:** Diligencie el nombre del departamento de residencia del cotizante y sus beneficiarios.

**Zona de Residencia:** Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana a que corresponda la residencia del cotizante y sus beneficiarios.

**Celular Personal:** Diligencie el número telefónico celular del cotizante y cada uno de los beneficiarios.

**Correo Electrónico Personal:** Diligencie el correo electrónico del cotizante y sus beneficiarios.

**IPS de Atención Médica:** Diligencie el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud en la cual desea los sean prestados los servicios de Salud al cotizante y sus beneficiarios.

**Documentos Sportes entregados a la EPS:** son los documentos requeridos para legalizar la afiliación en la EPS. Por favor marque con una equis (X), según corresponda, los documentos sportes del cotizante y de los beneficiarios que acreditan la afiliación y que ha suministrado a la fuerza de ventas de la EPS o a la Oficina de Atención al Usuario.

**INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE**

**Estado Civil del cotizante:** Marque con una equis (X), el estado civil del cotizante: soltero, caso, divorciado, viudo unión libre, etc:

**Identificación Cónyuge:** Diligencie completo el número del documento de identificación del cónyuge tal como se encuentra en el documento de identidad.

**Tipo de Identificación Cónyuge:** Marque con una equis (X), el tipo de documento con que se encuentran identificado el cónyuge del cotizante de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

**Cónyuge coliza al SGSSS:** Marque con una equis (X), Sí o NO en el caso en el cual en cónyuge o compañero permanente del cotizante se encuentre cotizando a una EPS.

**Número de Afiliación del Cónyuge:** Diligencie el número de afiliación con el que se afilia a la EPS su cónyuge

**OBSERVACIONES:** Permite ampliar información adicional que el afiliado desee registrar.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE LIBRE ESCOGENCIA DE EPS (Entidad Promotora de Salud) e IPS (Institución Prestadora de Servicios).** Permite declarar la libre escogencia de la EPS e IPS del cotizante y su grupo familiar. Bajo la gravedad de juramento declaro que la información del cotizante y beneficiarios, diligenciados en este formulario son reales, incluidos los datos relacionados con su EPS anterior y en constancia firmo a continuación "decreto 806 Art. 48" y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS. Confirmándola a través de su firma y huella.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA.** Permite declarar la dependencia económica de los beneficiarios frente al cotizante. Confirmándola a través de su firma y huella.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE CONVIVENCIA.** Debe diligenciar el nombre completo del compañero(a) permanente así como su tipo de identificación. Permite declarar la convivencia del compañero(a) permanente del cotizante. Confirmándola a través de su firma y huella.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA – INFORMACIÓN CUESTIONARIO DE SALUD.** Permite declarar la veracidad de la información registrada en el cuestionario de salud del cotizante y de su grupo familiar, de acuerdo con la Resolución 5261, Art. 15. Confirmándola a través de su firma.

**HUELLA.** El cotizante debe colocar su huella como constancia de la información que registró en el cuestionario de salud.

**PARTE III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS.**

**Tipo de Identificación Empleador:** Marque con una equis (X), el tipo de documento con el cual se encuentra identificado el Empleador:

NIT, Número de Identificación Tributaria P.A. Pasaporte  
C.C. Cédula de Ciudadanía T.I. Tarjeta de Identidad  
C.E. Cédula de Extranjería C.D. Carné Diplomático

**Número de Identificación:** Diligencie el número de identificación completo de la Empresa, tal como se encuentra en el Registro de la Cámara de Comercio. No olvide incluir el dígito de verificación.

**Nombre o Razón Social o Entidad Pensional:** Diligencie el Nombre o Razón Social del Empleador, tal como aparece en el Registro de la Cámara de Comercio.

**Sector de la Empresa:** Marque con una equis (X), la casilla correspondiente al sector que pertenece la Empresa: Oficial, privada o mixta.

**Dirección Sede Principal:** Diligencie la dirección correspondiente a la Sede Principal del Empleador (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Municipio:** Diligencie el Municipio donde se encuentra el Empleador Sede Principal.

**Departamento:** Diligencie el Departamento donde se encuentra el Empleador Sede Principal.

**Ubicación Laboral:** Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana que corresponda a la ubicación de la empresa (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Teléfono:** Diligencie el número telefónico de la Empresa, por favor incluya la extensión del Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos.

**Fax:** Diligencie el número telefónico fax de la Empresa (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Correo Electrónico Empresa:** Diligencie el correo electrónico o mail de la Empresa (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Página Web Empresa:** Diligencie la página Web/ Internet de la Empresa.

**Actividad Económica:** Diligencie la actividad económica principal del Empleador.

**Administradora de Riesgos Profesionales:** Diligencie el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual está afiliado el Empleador.

**Número de empleados:** Diligencie por favor el número de empleados que laboran en la Empresa.

**Contacto de Nómina - Nombre del Jefe Departamento de Nómina:** Diligencie el nombre completo del contacto en nómina o del Jefe del Departamento de Nómina.

**Correo Electrónico del Jefe de Departamento de Nómina:** Diligencie el correo electrónico del Jefe del Departamento de Nómina o del Contacto de nómina.

**Número de Resolución de Pensión (Pensionados):** Diligencie por favor el número de resolución de pensión (aplica sólo para pensionados).

**Fecha Resolución:** Diligencie por favor la fecha en la cual fue expedida la resolución de la pensión.

**INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE**

**Fecha Ingreso a la Empresa:** Diligencie la fecha en la cual el cotizante ingresó a laborar en la Empresa en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Ocupación o Cargo:** Diligencie el cargo que desempeña actualmente el cotizante en la Empresa.

**Salario:** Seleccione con una equis (X), el tipo de salario que usted devenga: Básico, Integral, Fijo o Variable.

**IBC - Ingreso Base de Cotización:** El IBC tendrá un límite máximo de 20 salarios mínimos legales vigentes. Diligencie en este campo la cifra correspondiente al dato que se obtiene de la siguiente manera:

El ingreso base de cotización de los empleados del sector privado está constituido por los siguientes factores: Remuneración fija o variable, Primas sobre sueldo, Bonificaciones habituales, Horas extras dominicales y festivos, Porcentajes sobre ventas, Comisiones y viáticos permanentes.

El ingreso base de cotización para los servidores públicos está constituido por: La asignación básica mensual, Gastos de representación, Prima técnica, accidental de antigüedad o de capacitación cuando sea factor salarial, Remuneración por dominicales o festivos, Horas extras o jornadas nocturnas, Bonificación por servicios.

Por los empleados con salario integral la base de cotización será del 70% de su salario.

**Administradora de Fondo de Pensión:** Diligencie el nombre de la Administradora de Fondo de Pensión a la cual está afiliado el Cotizante.

**Dirección Laboral:** Diligencie la dirección laboral del cotizante.

**Zona Laboral:** Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana que corresponda a la ubicación donde trabaja el cotizante.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA.** Permite declarar la información correspondiente laboral, de ARP y AFP es correcta, debe registrar el nombre completo del representante legal o persona autorizada nómina y así mismo debe firmar. "Bajo la gravedad de juramento declaro que la información correspondiente a ARP, AFP y laboral es correcta y en constancia firmo a continuación "Decreto 1406, Artículo 4".

**FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR:** Registre la firma de la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formato.

**PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES INDEPENDIENTES, CUYO INGRESO BASE DE COTIZACIÓN SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SALARIO SMLMV.**

**Actividad Económica:** Diligencie la actividad de la cual deriva sus ingresos.

**Principal Municipio Principal donde desarrolla su Actividad:** Diligencie el municipio, donde se origina su actividad.

**Productor Agropecuario:** Señale con una equis (X), si es o no productor agropecuario.

**Nivel de Escolaridad:** Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente al máximo nivel de escolaridad alcanzado de acuerdo con la siguiente condición:

\* Ninguno \* Técnica  
\* Básico (Primaria) \* Superior (Tecnólogo o Profesional)  
\* Secundaria (Bachillerato) \* Especializada

**Último Grado Aprobado:** Diligencie el último grado aprobado de acuerdo a su nivel educativo.

**Posee Vivienda Propia:** Marque con una equis (X), en la casilla correspondiente si posee o no posee vivienda propia.

**Tamaño de la Empresa:** Marque con una equis (X), la casilla correspondiente al tamaño de la empresa, de acuerdo al número de empleados que posee: 1 empleado, 2 a 9 empleados, 10 o más empleados.

**Ingreso Base de Cotización:** El IBC tendrá un límite máximo de 20 salarios mínimos legales vigentes. Diligencie en este campo la cifra correspondiente a su ingreso mensual.

**Posición Ocupacional:** Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente a su desempeño:

\* Patrón/Empleador \* Trabajador por Cuenta Propia

**Experiencia Laboral:** Escriba el número de años y meses de experiencia laboral total.

**Sistema de Clasificación de Ingresos:** Marque con una equis (X), la casilla correspondiente a la modalidad de clasificación de ingresos. Seleccione la pertenencia: Ingreso real o SEI (Sistema de Estimación de Ingresos). Si el ingreso corresponde a real debe marcar con una equis (X), de acuerdo a lo que corresponda si el origen es: certificado de contador público o contrato de prestación de servicios. Si el ingreso corresponde a SEI debe marcar con una equis (X).

**Administradora de Riesgos Profesionales:** Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales.

**Administradora de Fondo de Pensiones:** Indique el nombre de la Administradora de Fondo de Pensiones.

**La cotización se pagará a través de una Entidad Agropadora:** Marque con una equis (X), la opción correspondiente. Tenga presente que las entidades agropadoras pueden ser cooperativas, asociaciones, agremiaciones, etc.; a través de las cuales de **manera voluntaria**, los trabajadores independientes pueden pagar a la entidad administradora los aportes correspondientes, esta condición no genera vínculo laboral alguno.

**Nombre o Razón Social de la Agropadora:** Diligencie el nombre o razón social completo de la Entidad Agropadora que ésta a cargo de su cotización.

**Número de Identificación Agropadora:** Diligencie el número de identificación completo de la Entidad que ésta a cargo de su cotización. No olvide incluir el dígito de verificación.

**Dirección Agropadora:** Diligencie la dirección donde presta los servicios la agropadora.

**Teléfono Agropadora:** Diligencie el número telefónico de la agropadora.

**Fax Agropadora:** Diligencie el número de fax de la agropadora.

**Correo Electrónico Agropadora:** Diligencie el correo electrónico de la agropadora.

**Ciudad Agropadora:** Diligencie la ciudad en la cual presta los servicios la agropadora.

**Departamento Agropadora:** Diligencie el departamento, donde presta los servicios la agropadora.

**Zona:** Seleccione con una equis (X), la Zona Rural o Urbana que corresponda a la ubicación, donde presta los servicios la agropadora.

**PARTE V. RIB - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO Y COTIZANTES PAGO SÓLO SALUD.**

**Grupo Poblacional:** Diligencie la actividad correspondiente a la siguiente condición:

\* Indígenas \* Desplazados \* Grupo Poblacional no Determinado  
\* Población Infantil a Cargo del ICBF \* Población en Centros Psiquiátricos \* Población Rural Migratoria  
\* Artistas, Autores, Compositores \* Agropadora \* No Aplica  
\* Discapacitados \* Población en Centros Carcelarios  
\* Desmovilizados \* Población Rural no Migratoria

**Ingreso Mensual:** Diligencie el IBC de acuerdo a sus ingresos iguales o inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. Diligencie en este campo la cifra correspondiente.

**Tipo de Vivienda:** Marque con una equis (X), en la casilla correspondiente el tipo de vivienda que ocupa:

\* Arrendada \* Propia  
\* Familiar \* Usufructo u Ocupación

**Nivel de Escolaridad:** Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente al máximo nivel de escolaridad alcanzado de acuerdo con la siguiente condición:

\* Ninguno \* Técnica  
\* Básico (Primaria) \* Superior (Tecnólogo o Profesional)  
\* Secundaria (Bachillerato) \* Especializada

**Posición Ocupacional:** Seleccione con una equis (X), la casilla correspondiente a su desempeño:

\* Patrón/Empleador \* Trabajador por cuenta propia.

**Número de Notaría donde Declaró:** Diligencie el número de la notaría donde realizó la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario.

**Fecha de Declaración:** Diligencie la fecha en la cual realizó la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Municipio Declaración:** Diligencie el municipio donde realizó la declaración juramentada de bajos ingresos ante notario.

**Actividad Económica:** Diligencie la actividad correspondiente a la siguiente condición:

\* Agricultura, Caza o Pesca \* Explotación de Minas y Canteras \* Industria Manufacturera \* Electricidad o Gas  
\* Construcción \* Comercio \* Transporte \* Telecomunicaciones  
\* Finanzas, Banca y Servicio \* Servicio Doméstico \* Seguridad y Vigilancia \* Educación  
\* Supermercados y Grandes Superficie \* Sector de la Salud \* Sector Público y Gobierno  
\* Recursos Pagados por un Tercero \* Servicios Varios

**SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO (CÓDIGO DE PAGO 41):**

**Tipo de Identificación del Tercero que realiza el aporte:** Marque con una equis (X), el tipo de documento con el cual se encuentra identificado el Tercero que realiza los aportes:

NIT, Número de Identificación Tributaria P.A. Pasaporte  
C.C. Cédula de Ciudadanía C.D. Carné Diplomático  
C.E. Cédula de Extranjería

**Número de Identificación del Tercero:** Diligencie el número de identificación completo del Tercero que realiza los aportes. No olvide incluir el dígito de verificación.

**Nombre del Tercero:** Diligencie el nombre del Tercero que realiza el aporte.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA – PAGO POR TERCERO.** Permite declarar la veracidad de la información del pago por Tercero "Resolución 1155, Artículo 2".

**FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR:** Registre la firma de la persona a quien el empleador autorice como responsable de la información contenida en el formato.

**PARTE VI. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

**Fuerza de Ventas/ Consultor Integral:** Diligencie el nombre completo (nombres y apellidos) del canal que realizó la afiliación a la EPS del usuario.

Por favor registre el tipo y del documento de identidad del canal que realizó la afiliación a la EPS del usuario, éste debe corresponder al nombre del personal de ventas o al consultor integral de la Oficina de Atención al Usuario.

**Nombre Director Seccional / Coordinador Comercial:** Diligencie el nombre completo (nombres y apellidos) del Jefe del Asesor Comercial que realizó la afiliación.

Registre el tipo y del documento de identidad del Director Seccional / Coordinador Comercial, jefe del asesor que realizó la afiliación.

**Procesado – Afiliación / Línea de Frente/ Operaciones:** Diligencie los siguientes datos del usuario que realizó el procesamiento:

\* El usuario del sistema. Ejemplo: JIrfanc  
\* Tipo y de documento de identidad. Ejemplo: cc 895643222  
\* Fecha en la cual se realizó el procesamiento de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Radicado – Línea de Frente- Operaciones:** Diligencie los siguientes datos del usuario que realizó la radicación y recepción de documentos el procesamiento:

\* El usuario del sistema. Ejemplo: JIrfanc  
\* Tipo y de documento de identidad. Ejemplo: cc 234780900  
\* Fecha en la cual se realizó la radicación de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Digitalizado - Operaciones:** Diligencie los siguientes datos del usuario que realizó la digitalización de documentos:

\* El usuario del sistema. Ejemplo: JIrfanc  
\* Tipo y de documento de identidad. Ejemplo: cc 78001400  
\* Fecha en la cual se realizó la digitalización de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Aprobado - Mesa de Control:** Diligencie los siguientes datos del usuario que realizó la mesa de control de la afiliación:

\* El usuario del sistema. Ejemplo: JIrfanc  
\* Tipo y de documento de identidad. Ejemplo: cc 87234566  
\* Fecha en la cual se realizó la mesa de control y aprobación de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos dígitos numéricos), MES (dos dígitos numéricos) y AÑO (cuatro dígitos numéricos).

**Auditado Operaciones:** Diligencie los siguientes datos del usuario que realizó la auditoría a la afiliación:

\* El usuario del sistema. Ejemplo: JIrfanc  
\* Tipo y de documento de identidad. Ejemplo: cc 55437988  
\* Fecha en la cual se realizó auditoría de la Afiliación a la EPS, en el siguiente orden: DIA (dos