

PARTE III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR - TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS												
Tipo de Identificación Empleador <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		Número de Identificación DV				Nombre o Razón Social ó Entidad Pensional			Sector de la Empresa Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>			
Dirección Sede Principal			Municipio		Departamento		Ubicación Laboral <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		Teléfono		Fax	
Correo Electrónico Empresa				Página Web Empresa			Actividad Económica		Administradora de Riesgos Profesionales			
No. Empleados	Contacto Nómina - Nombre del Jefe de Nómina o R.H			Correo Electrónico del Jefe de Nómina o R.H			No. Resolución de Pensión		Fecha Resolución			
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE												
Fecha Ingreso a la Empresa D D M M A A A A			Ocupación o Cargo				Salario Ingreso <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Variable		Ingreso Base IBC \$	Administradora de Fondos de Pensiones		
Dirección Laboral					Teléfono Laboral		Fax Laboral		Celular Laboral			
Correo Electrónico Laboral				Municipio Laboral			Departamento Laboral		Zona Laboral <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural			
DECLARACIÓN JURAMENTADA: 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, Art. 4".												
NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO NÓMINA						FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR						
PARTE IV. SEI - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1SMLMV												
Actividad Económica			Principal Municipio Dónde Desarrolla su Actividad			Productor Agropecuario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Básico (Primaria) <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Especializada		Ultimo Grado Aprobado		
Posee Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tamaño de la Empresa <input type="checkbox"/> 1 Empleado <input type="checkbox"/> 2 a 9 Empleados <input type="checkbox"/> 10 o más Empleados		Ingreso Base de Cotización \$			Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón / Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia		Experiencia Laboral Años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Sistema de Clasificación de Ingresos <input type="checkbox"/> Ingreso Real <input type="checkbox"/> Certificación Contador Público <input type="checkbox"/> SEI			Certificación Prestación de Servicios			Administradora de Riesgos Profesionales		Administradora de Fondo de Pensiones				
Cotización Se Paga a Través de Agrupadora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
PARTE V. RIB - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LOS COTIZANTES INDEPENDIENTES SIN INGRESOS PAGO POR TERCEROS Y COTIZANTES PAGO SOLO SALUD												
Grupo Poblacional <input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Población Infantil a Cargo del ICBF	<input type="checkbox"/> Artistas, Autores, Compositores <input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Desplazado		<input type="checkbox"/> Población en Centros Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Migratorios		<input type="checkbox"/> Población en Centros Carcelarios <input type="checkbox"/> Población Rural no Migratoria		<input type="checkbox"/> Grupo Poblacional no Determinado <input type="checkbox"/> Población Rural Migratoria		<input type="checkbox"/> No Aplica	
Ingresos Mensual \$	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Usufructo u Ocupación		Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Básico (Primaria) <input type="checkbox"/> Secundaria (Bachillerato) <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior (Tecnólogo o Profesional) <input type="checkbox"/> Especializada		Posición Ocupacional <input type="checkbox"/> Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador por Cuenta Propia							
Número de Notaría Dónde Declaró		Fecha Declaración D D M M A A A A		Municipio de Declaración			Actividad Económica					
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE SIN INGRESOS PAGO POR TERCERO (CÓDIGO DE PAGO 41)												
Tipo de Identificación del Tercero <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D.		Identificación del Tercero que Realiza el Aporte DV				Nombre del Tercero						
DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de Juramento declaro que soy el tercero que realiza los aportes del cotizante sin ingresos pago por tercero, registrado en éste formulario y en constancia firmo a continuación "Resolución 1155 Art. 2".												
REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL						FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL						
PARTE VI. - INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS												
Fuerza de Ventas / Consultor Integral Nombre y Apellidos _____ Identificado con : _____					Director Seccional / Coordinador Comercial Nombre y Apellidos _____ Identificado con : _____							
Procesado Comercial - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Procesado D D M M A A A A		Radicado - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Radicado D D M M A A A A		Digitalizado - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Digitalización D D M M A A A A		Aprobado - Mesa de Control Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Aprobación D D M M A A A A		Auditado - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Auditoria D D M M A A A A				