

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

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

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

<input type="checkbox"/> Persona Natural	<input type="checkbox"/> Aprendiz SENA	<input type="checkbox"/> Madre / Padre Comunitario Con Administradora	<input type="checkbox"/> CTA. Trabajador Asociado	<input type="checkbox"/> Agrupadora	<input type="checkbox"/> Mutual
<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Madre / Padre Comunitario Sin Administradora	<input type="checkbox"/> Subsidiado de Desempeño	<input type="checkbox"/> CTA. Trabajador NO Asociado	<input type="checkbox"/> Agremiadora	

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

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	NÚMERO DE DOCUMENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO	
DIRECCIÓN LABORAL	NÚMERO TELÉFONO LABORAL	NÚMERO FAX LABORAL	NÚMERO TELÉFONO CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL	MUNICIPIO LABORAL	DEPARTAMENTO LABORAL	UBICACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL
TIPO DE DOCUMENTO CONYUGE <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	NÚMERO DE DOCUMENTO CONYUGE	CONYUGE COTIZA AL SGSSS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 DESARROLLA SU ACTIVIDAD	PRODUCTOR AGROPECUARIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NIVEL EDUCATIVO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN	ÚLTIMO 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"/> 10 o MÁS EMPLEADO <input type="checkbox"/> 2 A 9 EMPLEADO	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$	POSICIÓN OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> PATRÓN / EMPLEADOR <input type="checkbox"/> TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA	EXPERIENCIA LABORAL ANOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE INGRESOS <input type="checkbox"/> INGRESO REAL <input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CONTADOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN PRESTACIONES DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> SEI	ADMINISTRADORA RIESGOS PROFESIONALES	ADMINISTRADORA 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	DIRECCIÓN AGRUPADORA		
TELÉFONO AGRUPADORA	FAX AGRUPADORA	CORREO ELECTRÓNICO AGRUPADORA	CIUDAD AGRUPADORA	DEPARTAMENTO AGRUPADORA	ZONA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>

FIRMA DEL COTIZANTE INDEPENDIENTE	CIUDAD Y FECHA
-----------------------------------	----------------