

**FORMATO DE INFORMACION PROCESO DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

AT-TH2-FO-11

Versión: 03

Página: 1 de 1

Proceso: Talento Humano

Fecha: 06-12-2022

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACIÓN BÁSICA**

|                    |                                  |                        |                        |
|--------------------|----------------------------------|------------------------|------------------------|
| Primer apellido    | Segundo apellido                 | Primer Nombre          | Segundo Nombre         |
| Tipo de documento  | Número de documento              | Fecha de Expedición    | Fecha de Nacimiento    |
| Correo electrónico |                                  | Número de teléfono (1) | Número de teléfono (2) |
| Dirección          | Barrio                           | Municipio              | Departamento           |
| Cargo              | Ingreso Base de Cotizacion (IBC) |                        |                        |

**INFORMACIÓN EMPRESA PROMOTORA DE SALUD**

|                                  |                     |                    |                    |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| Empresa Promotora de Salud (EPS) | Fecha de afiliación | Movilidad/Traslado | Afiliación inicial |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|

**INFORMACIÓN ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**

|                                   |                            |                  |                       |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------|-----------------------|
| Administradora de Pensiones (AFP) | Fecha de afiliación        | Pensionado       | Devolución de saldos  |
| Otro                              | Edad cumplida para pensión | Mayor de 50 años | Pensión por invalidez |

**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)**

La afiliación a la administradora de riesgos laborales se puede diligenciar por medio de la empresa si así lo requieren.

¿Desea que la empresa le ayude con la afiliación?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

|                                     |                     |             |           |
|-------------------------------------|---------------------|-------------|-----------|
| Administradora de Riesgos Laborales | Fecha de afiliación | ARL antigua | ARL nueva |
|-------------------------------------|---------------------|-------------|-----------|

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR (CCF) OPCIONAL**

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Caja de Compensación Familiar | Fecha de afiliación |
|-------------------------------|---------------------|

**IMPORTANTE**

- Al firmar este formulario el contratista se compromete a mantener informado al área de contabilidad las novedades presentadas durante el periodo a liquidar, esto con el fin de que no se presenten inconsistencias con ninguna de las administradoras que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.
- El contratista exonera de cualquier responsabilidad a MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S. en procesos y temas relacionados con afiliaciones a cualquiera de las administradoras que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.

|   |   |
|---|---|
|   |   |
| Nombre:                                     | Nombre:                                     |
| Tipo y N° de identificación:                |   |
| Firma del solicitante/autoriza el descuento | Persona que recibe autorización/responsable |