

**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