

**REPORTE DE INFORMACIÓN  
CONTRATISTA INDEPENDIENTES PERSONA NATURAL**

Nombre del Contratista: \_\_\_\_\_  
Documento de identificación: \_\_\_\_\_

1. TIPO DE COTIZANTE	SI	NO	OBSERVACIONES
PENSIONADO			Entidad: _____
CON REQUISITOS CUMPLIDOS PARA PENSIÓN			Edad: _____ Semanas: _____
NO COTIZANTES POR DISPOSICIONES LEGALES			

2. OTROS INGRESOS	
DEPENDIENTES	\$ _____
MESADA PENSIONAL	\$ _____
IND. CUENTA PROPIA U OTROS CONTRATOS	\$ _____

**3. El total de sus ingresos mensuales producto de otros ingresos provenientes de:**

	SI	NO
Vinculación laboral y/o reglamentaria		
Independiente por cuenta propia u otros ingresos		
Existe obligación de realizar retención de aportes FSP		

Si la respuesta es SI autorizó la retención de aportes al FSP  
Fondo: \_\_\_\_\_ 

SI	NO
----	----

**4. Cotiza por el límite máximo de 25 SMLV**

SI	NO
----	----

**5. Indique el porcentaje sobre el cual desea la retención**

40%
-----

  
Otro, señale el valor del porcentaje que autoriza retener \_\_\_\_\_

**6. Cuenta con regimen especial de salud**  
Autoriza su cotización al ADRES 

SI	NO
SI	NO

Cuál? \_\_\_\_\_

**7. Desea efectuar aporte voluntario a Caja de Compensación**

SI	NO
----	----

**8. Realizará aporte de UPC adicional**

SI	NO
----	----

**9. Informe las administradoras a las que se encuentra afiliado:**  
Entidad Promotora de Salud (EPS) \_\_\_\_\_  
Administradora o Fondo de Pensiones \_\_\_\_\_  
Administradora de Riesgos Labora \_\_\_\_\_  
Caja de Compensación Familiar \_\_\_\_\_

Si realizó traslado reciente, indique entidad anterior:  


Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_