

FORMULARIO NO APTO PARA DILIGENCIAR

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

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS Y NOVEDADES DE APORTANTES

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

Regional Radicación	Seccional Radicación	Fecha de Radicación D D M M A A A A	No. De Radicación	Fecha de Diligenciamiento D D M M A A A A
---------------------	----------------------	--	-------------------	--

SELECCIONE LA OPERACIÓN QUE SE DESEA REALIZAR (Elija si es una inscripción o una novedad de aportante y marque con una equis, (X))

INSCRIPCIÓN DE APORTANTE NOVEDAD DE APORTANTE

PARTE I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE (Por favor seleccione con una equis, (X) el Tipo de Aportante que representa)

1 Jurídicas <input type="checkbox"/>	7 Agremiadoras <input type="checkbox"/>	13 Edificio o Conjuntos Residenciales <input type="checkbox"/>	19 Embajadas y Consulados <input type="checkbox"/>
2 Naturales <input type="checkbox"/>	8 Asociaciones <input type="checkbox"/>	14 Concejos Municipales <input type="checkbox"/>	20 Administradoras de Riesgos Profesionales <input type="checkbox"/>
3 Contratistas <input type="checkbox"/>	9 Entidades Educativas <input type="checkbox"/>	15 Asociaciones Madres Comunitarias <input type="checkbox"/>	21 Cajas de Compensación familiar <input type="checkbox"/>
4 Coop. y Precooperativas de Trabajo Asociado <input type="checkbox"/>	10 Alcaldías <input type="checkbox"/>	16 Cooperativas Multiactivas <input type="checkbox"/>	22 Iglesias (Católicas/Cristianas) <input type="checkbox"/>
5 Mutuales <input type="checkbox"/>	11 Consorcios <input type="checkbox"/>	17 Uniones Temporales <input type="checkbox"/>	23 Administradoras de Fondos de Pensiones <input type="checkbox"/>
6 Hogares de bienestar <input type="checkbox"/>	12 Hosp., Clínicas y Centros de Salud <input type="checkbox"/>	18 Organizaciones No Gubernamentales <input type="checkbox"/>	24 Otros <input type="checkbox"/>

PARTE II. TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (Elija la novedad que ésta presentando y seleccione con una equis, (X)).

Novedades Básicas Aportante	Novedades Rep Legal	Novedades Gerente/Presidente	Novedades Contacto Nómina	Novedades Sucursal/Sede	Novedades Grupo Empresarial
1 Documento de Identificación <input type="checkbox"/>	10 Nombres y Apellidos <input type="checkbox"/>	15 Nombres y Apellidos <input type="checkbox"/>	20 Nombres y Apellidos <input type="checkbox"/>	26 Inscripción <input type="checkbox"/>	33 Tipo y Número de Identificación <input type="checkbox"/>
2 Razón Social <input type="checkbox"/>	11 Tipo y Núm de Documento <input type="checkbox"/>	16 Tipo y Núm de Documento <input type="checkbox"/>	21 Tipo y Núm de Documento <input type="checkbox"/>	27 Dirección, teléfono, fax <input type="checkbox"/>	34 Razón Social <input type="checkbox"/>
3 Dirección, teléfono, fax <input type="checkbox"/>	12 Teléfono <input type="checkbox"/>	17 Teléfono <input type="checkbox"/>	22 Cargo <input type="checkbox"/>	28 Municipio y Depart. <input type="checkbox"/>	35 Dirección, teléfono, fax <input type="checkbox"/>
4 Correo Electrónico Aportante <input type="checkbox"/>	13 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	18 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	23 Teléfono <input type="checkbox"/>	29 Número de Empleados <input type="checkbox"/>	36 Número de Empleados <input type="checkbox"/>
5 Página Web Aportante <input type="checkbox"/>	14 Otros <input type="checkbox"/>	19 Otros <input type="checkbox"/>	24 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	30 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	37 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>
6 Admin Riesgos Profesionales <input type="checkbox"/>			25 Otros <input type="checkbox"/>	31 Página Web <input type="checkbox"/>	38 Página Web <input type="checkbox"/>
7 Admin Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/>				32 Otros <input type="checkbox"/>	39 Otros <input type="checkbox"/>
8 Numero de Empleados <input type="checkbox"/>					
9 Otros <input type="checkbox"/>					

PARTE III. POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI VA A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEL APORTANTE O SI REPORTA LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Tipo de Identificación Aportante 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. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación 	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional	Sector del Aportante Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	---	--

Objeto Social del Aportante _____

Dirección Sede Principal	Municipio	Departamento	Zona Laboral Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Número de empleados	Número Total de Empleados
--------------------------	-----------	--------------	--	---------------------	---------------------------

Pertenece a un Grupo Empresarial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono Laboral	Extensión	Fax Laboral	Celular Laboral
---	------------------	-----------	-------------	-----------------

Correo Electrónico Aportante	Página Web Aportante	Actividad Económica
------------------------------	----------------------	---------------------

Tipo Aportante Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa <input type="checkbox"/>	Tamaño del Aportante 1 <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20 <input type="checkbox"/> 20 a 100 <input type="checkbox"/> Más de 100 <input type="checkbox"/>	Administradora Riesgos Laborales <input type="checkbox"/>	Administradora Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Identificación 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. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación
---	--	------------------------------

Teléfono Representante Legal	Correo Electrónico Representante Legal
------------------------------	--

Contacto Nómina - Nombre y Apellidos Responsable	Tipo de Identificación 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. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación
--	--	------------------------------

Cargo Contacto Nómina	Teléfono Contacto Nómina	Correo Electrónico Responsable de Nómina
-----------------------	--------------------------	--

FORMULARIO NO APTO PARA DILIGENCIAR

PARTE IV. POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI LOS DATOS REGISTRADOS SON LOS NUEVOS O SI VA A REALIZAR LA NOVEDAD 1 Y 2.			
Tipo de Identificación del Aportante NIT. <input type="text"/> C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> T.I. <input type="text"/> C.D. <input type="text"/>	Número de Identificación _____ DV _____	Nombre o Razon Social/Entidad Pensional _____	Sector del Aportante Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/>

PARTE V. SI USTED REPORTA LA NOVEDAD 39 POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL NUEVO APORTANTE			
Tipo de Identificación NIT. <input type="text"/> C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> T.I. <input type="text"/> C.D. <input type="text"/>	Número de Identificación _____ DV _____	Nombre o Razón Social/Entidad Pensional _____	Fecha de Retiro Anterior Aportante _____
		Fecha de Ingreso Nuevo Aportante D D M M A A A A D D M M A A A A	

PARTE VI. ENTREGA DE DOCUMENTOS SOPORTE A LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento que está presentando y seleccione con una equis, (X))									
1 2 3 4 5	Solicitud escrita Dirigida a la Vicepresidencia Comercial de . Firmada por el Representante Legal Documento de Identificación del Representante Legal/Patrono Afiliación Administradora de riesgos Laborales Certificado de Constitución y Representación Legal/Certificado de Cámara de Comercio Copia del Número de Identificación tributaria/Registro Único Tributario	6 7 8 9 10	Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación Resolución De Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores Certificado de Propiedad Horizontal/Curaduría	11 12 13 14	Certificado de Conformación Consorcio/Unión Temporal Inscripción y Aprobación de Régimen de Trabajo ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Inscripción y Aprobación de Régimen de Previsión y Seguridad Social ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Inscripción y Aprobación de Régimen de Compensaciones ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	15 16 17 18	Autorización por Parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo Afiliaciones Colectivas al Sistema General de Seguridad Social en Salud Acta de la Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de Aprobación par Efectuar las Afiliaciones Colectivas de Trabajadores Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial Manifestación Escrita del Representante Legal, no cobro por Desempeño de la Labor y no Recaudo de la Cotizaciones del Trabajador	19 20 21 22	Resolución Entidad Pensional/Certificación Administradora Fondo de Pensiones Acta de Posesión Certificación Expedida por la Asociación Administradora Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia

OBSERVACIONES

DECLARACION JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en éste formulario de inscripción de novedades de aportantes, es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en constancia como representante legal firmo a continuación:

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL	NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL
---	---

PARTE VIII. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS	
Fuerza de ventas / Consultor Atención al Usuario Nombre y Apellidos _____ Identificado con : _____	Director Seccional / Coordinador Comercial/Supervisor Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____