

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE APORTANTES

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ÉSTE FORMULARIO No.

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 Edificios o Conjuntos Residenciales <input type="checkbox"/>	19 Embajadas y Consulados <input type="checkbox"/>	25 Hogares de Bienestar <input type="checkbox"/>
2 Naturales <input type="checkbox"/>	8 Asociaciones <input type="checkbox"/>	14 Consejos Municipales <input type="checkbox"/>	21 Administradoras de Fondos de Pensiones <input type="checkbox"/>	26 Otros <input type="checkbox"/>
3 Contratistas <input type="checkbox"/>	9 Entidades Educativas <input type="checkbox"/>	15 Asociaciones Madres Comunitarias <input type="checkbox"/>	23 Sociedades Anónimas Simplificadas <input type="checkbox"/>	
4 Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado <input type="checkbox"/>	10 Alcaldías <input type="checkbox"/>	16 Cooperativas Multiactivas <input type="checkbox"/>	20 Administradoras de Riesgos Profesionales <input type="checkbox"/>	
5 Mutuales <input type="checkbox"/>	11 Consorcios <input type="checkbox"/>	17 Uniones Temporales <input type="checkbox"/>	22 Cajas de Compensación Familiar <input type="checkbox"/>	
6 Agrupadoras <input type="checkbox"/>	12 Hospitales, Clínicas y Centros de Salud <input type="checkbox"/>	18 Organizaciones No Gubernamentales <input type="checkbox"/>	24 Iglesias (Católicas /Cristianas) <input type="checkbox"/>	

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

Novedades Básicas Aportante	Novedades Representante Legal	Novedades Gerente General / Presidente	Novedades Contacto Nómina	Novedades Sucursal / Sede	Novedades Grupo Empresarial	Otras Novedades Aportantes
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"/>	32 Tipo y Número Identificación <input type="checkbox"/>	39 Sustitución Patronal <input type="checkbox"/>
2 Razón Social <input type="checkbox"/>	11 Tipo y Número de Documento <input type="checkbox"/>	16 Tipo y Número de Documento <input type="checkbox"/>	21 Tipo y Número de Documento <input type="checkbox"/>	27 Dirección, Teléfono, Fax, Municipio y Departamento <input type="checkbox"/>	33 Razón Social <input type="checkbox"/>	40 Otros <input type="checkbox"/>
3 Dirección, Teléfono, Fax, Municipio y Departamento <input type="checkbox"/>	12 Teléfono <input type="checkbox"/>	17 Teléfono <input type="checkbox"/>	22 Cargo <input type="checkbox"/>	28 Número de Empleados <input type="checkbox"/>	34 Dirección, Teléfono, Fax, Celular, Municipio y Departamento <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 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	35 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 Página Web <input type="checkbox"/>	36 Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	
6 Administradora Riesgos Profesionales <input type="checkbox"/>			25 Otros <input type="checkbox"/>	31 Otros <input type="checkbox"/>	37 Página Web <input type="checkbox"/>	
7 Administradora Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/>					38 Otros <input type="checkbox"/>	
8 Número 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 <input type="checkbox"/> 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.	Número de Identificación DV	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 <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Número de Empleados	Número Total de Empleados
Pertenece a un Grupo Empresarial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Teléfono Laboral	Extensión	Fax Laboral	Celular Laboral	

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

Tipo Aportante <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa	Tamaño del Aportante <input type="checkbox"/> 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	Administradora Riesgos Profesionales	Administradora de Fondo de Pensiones
---	---	--------------------------------------	--------------------------------------

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

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

Nombres y Apellidos del Gerente General / Presidente	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> 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.	Número de Identificación DV
--	--	--------------------------------

Teléfono Gerente General / Presidente	Correo Electrónico Gerente General / Presidente
---------------------------------------	---

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

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

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

PARTE V. POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON LOS NUEVOS DATOS, SI VA A RELIZAR LA NOVEDAD 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23 y 24.

Dirección Sede Principal	Municipio	Departamento	Zona Laboral <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Teléfono	Fax
--------------------------	-----------	--------------	--	----------	-----

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

Tipo Aportante <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa	Tamaño del Aportante <input type="checkbox"/> 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	Administradora Riesgos Profesionales	Administradora de Fondo de Pensiones
---	---	--------------------------------------	--------------------------------------

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

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

Nombres y Apellidos del Gerente General / Presidente	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> 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.	Número de Identificación DV
--	--	--------------------------------

Teléfono Gerente General / Presidente	Correo Electrónico Gerente General / Presidente
---------------------------------------	---

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

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

PARTE VI. SI USTED REPORTA LA NOVEDAD 39 POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL NUEVO APORTANTE

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> 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.	Número de Identificación DV	Nombre o Razón Social / Entidad Pensional	Fecha de Retiro Anterior Aportante	Fecha de Ingreso Nueva Aportante
--	--------------------------------	---	------------------------------------	----------------------------------

PARTE VII. ENTREGA DE DOCUMENTOS SOPORTE A LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento que se está presentando y seleccione con una equis, (X))

1 Solicitud Escrita Dirigida a la Vicepresidencia Comercial de Saludcoop, Firmada por el Representante Legal <input type="checkbox"/>	6 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación <input type="checkbox"/>	11 Certificado de Conformación Consorcio/Unión Temporal <input type="checkbox"/>	15 Autorización por Parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo Afiliaciones Colectivas al Sistema General de Seguridad Social en Salud <input type="checkbox"/>	19 Resolución Entidad Pensional/Certificación Administradora Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/>
2 Documento de Identificación del Representante Legal/ Patrono <input type="checkbox"/>	7 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud <input type="checkbox"/>	12 Inscripción y Aprobación de Régimen de Trabajo ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social <input type="checkbox"/>	16 Acta de la Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de la Aprobación para Efectuar las Afiliaciones Colectivas de Trabajadores <input type="checkbox"/>	20 Acta de Posesión <input type="checkbox"/>
3 Afiliación Administradora de Riesgos Profesionales <input type="checkbox"/>	8 Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF <input type="checkbox"/>	13 Inscripción y Aprobación de Régimen de Previsión y Seguridad Social ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social <input type="checkbox"/>	17 Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial <input type="checkbox"/>	21 Certificación Expedida por la Asociación Administradora <input type="checkbox"/>
4 Certificado de Constitución y Representación Legal/Certificado de Cámara de Comercio <input type="checkbox"/>	9 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores <input type="checkbox"/>	14 Inscripción y Aprobación de Régimen de Compensaciones ante Ministerio de Trabajo y Seguridad Social <input type="checkbox"/>	18 Manifestación Escrita del Representante Legal, no cobro por Desempeño de la Labor y no Recaudado de las Cotizaciones del Trabajador <input type="checkbox"/>	22 Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en este formulario de inscripción y 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:

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

PARTE VIII. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Fuerza de Ventas / Consultor Integral Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____	Director Seccional / Coordinador Comercial Nombre y Apellidos _____ Identificado con: _____
--	---

Procesado Comercial - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Procesado D D M M A A A A	Radicado - Línea de Frente - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Radicación D D M M A A A A	Digitalizado - Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Digitalización D D M M A A A A	Aprobado - Mesa de Control Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Aprobación D D M M A A A A	Auditado Operaciones Usuario Sw _____ Tipo y Número de Documento _____ Fecha Auditoría D D M M A A A A
---	---	---	---	--