

INSCRIPCION O NOVEDADES DE APORTANTES

INSCRIPCION

NOVEDAD

Número de Radicación

Fecha de Radicación



NIT 830.003.564-7

EPS 017

El Sistema de Seguridad Social Integral en los artículos 4 y 5 del Decreto 1406 de Julio de 1999 establece: "Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes" y "Los obligados al pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral deberán inscribirse en el registro que, para los distintos riesgos que administren, conformarán las entidades administradoras. Los aportantes estarán igualmente obligados a reportar toda novedad que se presente con relación a su identificación en el registro, tales como cambios de dirección, razón social, cambios de actividad económica, apertura o cierre de sucursales o centros de trabajo. Dicha información deberá suministrarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia".

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS ZONA DE MERCADEO Y SUBZONA DE MERCADEO

I. IDENTIFICACION DEL APORTANTE

EN CASO DE SER UNA NOVEDAD DE CAMBIO DE IDENTIFICACION, DILIGENCIAR IDENTIFICACION ACTUAL Y ANTERIOR

Fecha de Diligenciamiento DD MM AAAA

Tipo de Documento Actual: Cédula Ciudadanía <input type="radio"/> Cédula Extranjería <input type="radio"/>	Número de Identificación Tributaria (NIT) <input type="text"/>	Número de Documento Actual:
Tipo de Documento Anterior: Cédula Ciudadanía <input type="radio"/> Cédula Extranjería <input type="radio"/>	Número de Identificación Tributaria (NIT) <input type="text"/>	Número de Documento Anterior:
Clase de Aportante: Grande <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/>	Número Empleados a Nivel Nacional:	Tipo de Persona: Natural <input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/>
		Tipo de Empleador: Oficial <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/>
Nombre o Razón Social:	Nombre Comercial:	
"Empresa con amparo legal" SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> COD. <input type="text"/>		
Nombre Actividad Económica:	Código:	A.R.L.:
		Caja de Compensación:
Representante Legal:	Forma de Pago: Sucursal <input type="radio"/> Unico <input type="radio"/> Consolidado <input type="radio"/>	Número de Sucursales:
Directivo de Recursos Humanos:	Nombre del Cargo:	Teléfono:
Responsable de atención a E.P.S.:	Nombre del Cargo:	Teléfono:

II. UBICACION SEDE PRINCIPAL

Dirección:	Barrio:	Zona Postal:
Municipio:	Departamento:	
Zona Mercadeo:	Subzona Mercadeo:	Ubicación: Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>
		Número Empleados Sede Principal:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Teléfono 3:
		Fax:
E-mail:	Web Site:	Envío de Correo: Por Sucursal <input type="radio"/> Sede Principal <input type="radio"/>
Dirección de Correspondencia:	Municipio:	Departamento:
		Teléfono de Dirección Correspondencia:

III. UBICACION SUCURSALES

Si su empresa tiene sucursales complete la siguiente información. En caso de tener más de cinco (5) sucursales favor relacionar la información solicitada en un listado anexo.

	Código Sucursal	Nombre Sucursal	Dirección		Ubicación		Barrio	Zona Mercadeo	Subzona Mercadeo
			Urbana	Rural	Urbana	Rural			
A									
B									
C									
D									
E									

	Municipio	Departamento	Teléfono	No. Empleados	Nombre Director de Sucursal	Cargo del Director de Sucursal
A						
B						
C						
D						
E						

	Dirección Correspondencia	Municipio	Departamento	E-mail	A.R.L.
A					
B					
C					
D					
E					

07/2014

90201-05

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

Declaración Juramentada: Bajo la gravedad del juramento declaro que la información consignada por mí en este formulario es cierta y que:

a) Con el fin de dar cumplimiento a los artículos 4 y 5 del Decreto 1406 de Julio de 1999, acepto con mi firma, dar a conocer a la E.P.S. Famisanar S.A.S., la información necesaria para establecer el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral. b) Autorizo para que esta información pueda ser utilizada en base de datos. c) Conozco la obligación de reportar los cambios en la información de contacto de la empresa cuando éstos se presenten.

INFORMACION DEL RESPONSABLE DE FIRMAR LA DECLARACION DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Nombre: _____

Firma: _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

ESTE FORMATO NO APLICA PARA LA INSCRIPCION, NI AUTORIZACION DE COOPERATIVAS O MUTUALES A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL ARTICULO 287 DE LA LEY 100 DE 1993 Y EN EL ARTICULO 43 DEL DECRETO 806 DE 1998.