



**FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE APORTANTES**

Código: AS-AFC-F29

Versión: 1

Proceso/Subproceso: Afiliación y aseguramiento / Afiliación y mantenimiento Contributivo

Fecha: Junio 2020

Departamental Radicación	Agencia Radicación	Número de Radicación	Fecha Radicación	Numero de Formulario	Fecha de Diligenciamiento

Seleccione la operación que desea realizar y márkela con una equis (X) INSCRIPCIÓN DE APORTANTE  NOVEDAD DE APORTANTE

**PARTE I – INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE (Por favor marque con una equis (X) el tipo de aportante que representa)**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Jurídicas                       | 7 <input type="checkbox"/> Agremiadoras                             | 13 <input type="checkbox"/> Edificios y Conjuntos Residenciales | 19 <input type="checkbox"/> Embajadas y Consulados                   |
| 2 <input type="checkbox"/> Naturales                       | 8 <input type="checkbox"/> Asociaciones                             | 14 <input type="checkbox"/> Consejos Municipales                | 20 <input type="checkbox"/> Administradoras de Riesgos Profesionales |
| 3 <input type="checkbox"/> Contratistas                    | 9 <input type="checkbox"/> Entidades Educativas                     | 15 <input type="checkbox"/> Asociación de Madres Comunitarias   | 21 <input type="checkbox"/> Cajas de Compensación                    |
| 4 <input type="checkbox"/> Cooperativa de Trabajo Asociado | 10 <input type="checkbox"/> Alcaldías                               | 16 <input type="checkbox"/> Cooperativas Multiactivas           | 22 <input type="checkbox"/> Iglesias (Católicas/Cristianas)          |
| 5 <input type="checkbox"/> Mutuales                        | 11 <input type="checkbox"/> Consorcios                              | 17 <input type="checkbox"/> Uniones Temporales                  | 23 <input type="checkbox"/> Administradoras de Fondos de Pensiones   |
| 6 <input type="checkbox"/> Fundaciones                     | 12 <input type="checkbox"/> Hospitales, Clínicas y Centros de Salud | 18 <input type="checkbox"/> Organizaciones no Gubernamentales   | 24 <input type="checkbox"/> Otros__                                  |

**PARTE II – INFORMACIÓN DE LA NOVEDAD A REPORTAR (Por favor marque con una equis (x) la novedad que está presentando)**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Novedades básicas Aportante</b>                      | <b>Novedades Representante Legal</b>                   | <b>Novedades Contacto Nomina</b>                | <b>Novedades Sucursal /Sede</b>                      |
| 1 <input type="checkbox"/> Documento de identidad       | 11 <input type="checkbox"/> Nombres y Apellidos        | 16 <input type="checkbox"/> Nombres y Apellidos | 21 <input type="checkbox"/> Inscripción              |
| 2 <input type="checkbox"/> Razón Social                 | 12 <input type="checkbox"/> Tipo y Número de Documento | 17 <input type="checkbox"/> Cargo               | 22 <input type="checkbox"/> Dirección, Teléfono, Fax |
| 3 <input type="checkbox"/> Nombre Comercial             | 13 <input type="checkbox"/> Teléfono                   | 18 <input type="checkbox"/> Teléfono            | 23 <input type="checkbox"/> Municipio y Departamento |
| 4 <input type="checkbox"/> Dirección, Teléfono, Fax     | 14 <input type="checkbox"/> Correo Electrónico         | 19 <input type="checkbox"/> Correo Electrónico  | 24 <input type="checkbox"/> Correo Electrónico       |
| 5 <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Aportante | 15 <input type="checkbox"/> Otros__                    | 20 <input type="checkbox"/> Otros__             | 25 <input type="checkbox"/> Otros__                  |
| 6 <input type="checkbox"/> Pagina Web Aportante         |  |   |  |
| 7 <input type="checkbox"/> Admin Riesgos Laborales      |  |   |  |
| 8 <input type="checkbox"/> Admin de Fondo de Pensiones  |  |   |  |
| 9 <input type="checkbox"/> Número de Empleados          |  |   |  |
| 10 <input type="checkbox"/> Otros__                     |  |   |  |

**PARTE III – INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL APORTANTE Ó INFORMACIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

Tipo de identificación Aportante <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD	Número de identificación <span style="float: right;">D V</span>	Nombre o Razón Social / Entidad Pensional
Nombre Comercial / Entidad Pensional		Sector del Aportante Privada <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Objeto Social del Aportante: _____		
<b>CLASIFICACION TRIBUTARIA</b>		
<input type="checkbox"/> Gran Contribuyente <input type="checkbox"/> Empresa del estado <input type="checkbox"/> Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/> No Responsable de Iva <input type="checkbox"/> No residente en el País <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>RESPONSABILIDADES</b>		
<input type="checkbox"/> Agente Retenedor <input type="checkbox"/> Autoretenedor <input type="checkbox"/> Agente Reteica <input type="checkbox"/> Es declarante		
Dirección / Barrio	Municipio	Departamento
		Tipo de persona jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Ninguno
Dirección / Barrio de Correspondencia	Municipio de Correspondencia	Departamento de Correspondencia
		Zona Laboral <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Pertenece a un Grupo Empresarial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Teléfono Laboral	Extensión
Cuál? _____		Fax Laboral
Correo Electrónico	Página Web Aportante	Administradora de Riesgos Laborales
		Administradora de Fondo de Pensiones
Tipo de Aportante <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa	Actividad Económica	Caja de Compensación Familiar
Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de identificación <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD	Número de identificación
		Teléfono Representante Legal
		Correo Electrónico Representante Legal
Contacto Nómina - Nombres y Apellidos Responsable	Cargo Contacto Nómina	Teléfono Contacto Nómina
		Correo Electrónico Responsable Nómina
Nombre Banco	Tipo de Cuenta	Número de Cuenta

**PARTE IV – INFORMACIÓN PARA NOVEDADES DEL APORTANTE**

Tipo de identificación Aportante <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD	Número de identificación <span style="float: right;">D V</span>	Nombre o Razón Social / Entidad Pensional	Fecha de Retiro Anterior Aportante	Fecha de Ingreso Nuevo Aportante

**PARTE V – SOPORTES DE LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento y márkelo con una equis (X))**

- |  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Documento de Identificación del Representante Legal / Patrono           | 4 <input type="checkbox"/> Copia de Identificación Tributaria / Registro Único Tributario   | 7 <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF                                 | 10 <input type="checkbox"/> Certificado de Propiedad Horizontal / Curaduría  | 13 <input type="checkbox"/> Autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo afiliaciones colectivas al SGSSS     | 16 <input type="checkbox"/> Resolución Entidad Pensional / Certificación Administradora de Fondo de Pensiones |
| 2 <input type="checkbox"/> Afiliación Administradora de Riesgos Laborales                          | 5 <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación | 8 <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores  | 11 <input type="checkbox"/> Certificado de Conformación Consorcio / Unión Temporal                                 | 14 <input type="checkbox"/> Acta de Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de Aprobación para efectuar las afiliaciones colectivas | 17 <input type="checkbox"/> Certificación Expedida por la Asociación Administradora                           |
| 3 <input type="checkbox"/> Certificado de Constitución y Representación Legal / Cámara de Comercio | 6 <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud     | 9 <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Interior y de Justicia | 12 <input type="checkbox"/> Inscripción y Aprobación de Regímenes ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social | 15 <input type="checkbox"/> Estatutos Aprobados por la Superintendencia de Economía Solidaria   | 18 <input type="checkbox"/> Otros:  |

**Observaciones**

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, de este formulario son veraces y corresponden a la realidad y manifiesto la voluntad de afiliarme a la EPS, en constancia como representante legal firmo a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

**PARTE VI – INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

Diligenciado	Revisado	Digitado	Validado