

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**  
**FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE APORTANTES**



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

Seleccione la operación que desea realizar y márquela 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	Número de identificación	Nombre o Razón Social / Entidad Pensional			
<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD					
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>	<b>RESPONSABILIDADES</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"/> Agente Retenedor <input type="checkbox"/> Autoretenedor <input type="checkbox"/> Agente Reteica <input type="checkbox"/> Es declarante
<input type="checkbox"/> No Responsable de Iva <input type="checkbox"/> No residente en el País <input type="checkbox"/> Ninguno	

Dirección / Barrio	Municipio	Departamento	<b>Tipo de persona jurídica</b>
			<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
Pertenece a un Grupo Empresarial	Teléfono Laboral	Extensión	Fax Laboral
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Correo Electrónico	Página Web Aportante	Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Fondo de Pensiones
Tipo de Aportante	Actividad Económica	Caja de Compensación Familiar	
<input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa			
Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Teléfono Representante Legal
	<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CD		
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	Número de identificación	Nombre o Razón Social / Entidad Pensional	Fecha de Retiro Anterior Aportante	Fecha de Ingreso Nuevo 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				

**PARTE V – SOPORTES DE LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento y márquelo 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