

Inscripción y Novedades de Empleadores



Señor Empleador: le agradecemos diligenciar éste formato conforme lo establece el Decreto 780 del 2016 Parte 2 Título 1 aportes del Régimen Contributivo.

I. Inscripción de Empresa

| | | | | | | | |
|----------|-----------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Fecha | A A A A M M D D | 2. Tipo de afiliación | <input type="checkbox"/> | 3. Tipo de empresa | <input type="checkbox"/> | 4. Sector de la empresa | <input type="checkbox"/> |
|----------|-----------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|

Datos de la Empresa

| | | | | | | | |
|---|-----------|--------------------------------|-------------------|---------------|--|--------------------------|------------|
| 5. Tipo de documento | 6. Número | 7. DV | 8. Nombre empresa | | | | |
| 9. Dirección | | | 10. Barrio | 11. Teléfono | | 12. Fax | |
| 13. Correo electrónico | | | 14. Zona | 15. Municipio | | 16. Ciudad | 17. Código |
| 18. Departamento | | 19. Código actividad económica | | 20. ARL | | 21. Caja de Compensación | |
| 23. Inscripción dependencia | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 24. Nombres y apellidos del representante legal | | | | | | 25. Tipo de documento | 26. Número |

II. Novedades

| | | | | | | |
|------------------------|------------|--------------------------|---------------------|--|--------------------------|--|
| Cambio de Nit. | | <input type="checkbox"/> | Cambio Razón Social | | <input type="checkbox"/> | |
| 27. Tipo de documento | 28. Número | DV | | | | |
| 29. Nueva Razón Social | | | | | | |

III. Responsable de afiliaciones a la EPS

| | |
|--------------------|-------|
| Nombre | Cargo |
| Teléfono | Ext. |
| Correo electrónico | |

IV. Responsable de pagos a la EPS

| | |
|--------------------|-------|
| Nombre | Cargo |
| Teléfono | Ext. |
| Correo electrónico | |

V. Documentos anexos

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--|--|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------|---|
| C.C. Representante Legal | Original Cámara y Comercio | Resolución aprobación Mineducación | Copia Nit. o RUT | Documento conformación consorcial | Certificado oficina Vig. Control del trabajo | Resolución aprobación Minprotección o Supersalud | Personería Jurídica | Copia ley o acto elección alcalde | Convenio de asociación | Lista de asociados | Cert. Aut. Funcionamiento Supersalud | Resolución aprobación ICFES | Certificación carta Supersolidaria | Carta inscripción a la EPS | Licencia o credencial Supervigilancia | Copia acto de la elección del personero | Certificado ICBF | Copia del documento identidad del empleador |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. Indicaciones

30. Autorizo a esta EPS para que me permita como empleador generar transacciones por su sitio WEB Si No 31. Envío de correspondencia a: Dirección principal Correo electrónico

VII. Firmas y sello

| | | | |
|--|---|-------------------|--|
| Representante Legal y/o Responsable Afiliaciones EPS | Como constancia de haber leído entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento y declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes. | 32. Código asesor | Espacio para radicado Uso exclusivo EPS |
| Firma y sello | | | |

Original: EPS

Copia: Empleador

Instrucciones para el diligenciamiento del Formulario de Inscripción y Novedades Empleadores

Diligencie el formulario en letra imprenta clara, legible, sin borrones ni tachones. • Datos y firmas en tinta negra. • Diligencie en cada casilla una letra, número, cruz o carácter sin salirse de la cuadrícula y sin tocar los contornos. • Use siempre mayúsculas. • Los campos sombreados en naranja (códigos) deben ser diligenciados por el funcionario de la EPS responsable de validación de la información

I. Inscripción de empresa:

1. Fecha: Si la información en el registro es de un nuevo empleador, diligencie la fecha de la radicación en formato Año/Mes/Día

2. Tipo de Afiliación: Diligencie 1= si es inscripción, 2 = si es actualización de datos

3. Tipo de Empresa: Relacione según sea el caso conforme a la siguiente tabla:

| Código | Tipo de empresa | Código | Tipo de empresa |
|--------|--|--------|--|
| 1 | Ánimo de lucro | 11 | Entidad educativa (formal y no formal) |
| 2 | Instituciones de educación superior | 12 | Alcaldías |
| 3 | Servicio de vigilancia | 13 | Consortios |
| 4 | Confederaciones | 14 | Hospitales y centros de salud |
| 5 | Sindicatos, asociación de trabajadores | 15 | Edificio / Conjunto residencial |
| 6 | Partidos / Movimientos políticos | 16 | Hogar comunitario |
| 7 | Agremiaciones / Comunidad religiosa | 17 | Empleador servicio doméstico |
| 8 | Mutuales | 18 | Persona natural |
| 9 | EPS convenio | 19 | Personerías |
| 10 | Cooperativa de trabajo asociado | | |

4. Sector de la empresa: Señale la opción que corresponda:

Pública: 1 Privada: 2 Mixta: 3

Datos de la empresa:

5. Tipo de documento: Relacione según sea el caso conforme al siguiente cuadro:

| Código | Tipo de documento | Código | Tipo de documento |
|--------|----------------------|--------|-----------------------|
| 1 | Cédula de ciudadanía | 4 | Cédula de extranjería |
| 2 | Nit. | 5 | Pasaporte |
| 3 | Tarjeta de identidad | | |

6. Número de documento: Diligencie el número de identificación de la empresa conforme al creado en Cámara de Comercio y/o copia del documento de identidad del empleador.

7. Dígito de verificación (DV): Conforme al relacionado ante Cámara y Comercio.

8. Nombre de la empresa y/o empleador: Relacione el nombre de la empresa o empleador

9. Dirección: La que corresponda a la sede principal.

10. Barrio: Diligencie el barrio que corresponde a la dirección principal.

11. Teléfono: Número telefónico de la empresa.

12. Fax: Diligencie número de fax de la empresa.

13. Correo electrónico: Diligencie la dirección de correo electrónico de la empresa.

14. Zona: Diligencie si es urbana: U o rural: R

15. Municipio: Diligencie el municipio al cual pertenece la empresa

16. Ciudad: Diligencie la ciudad principal de la empresa.

17. Código: Diligencie de acuerdo con la tabla 4 Código de Ciudad/Municipio. (campo exclusivo para diligenciar por el funcionario de la EPS)

18. Departamento: Diligencie el departamento.

19. Código actividad económica: Diligencie el código de la actividad económica que aparece en el RUT.

20. ARL: Diligencie el nombre de la Administradora de Riesgos Profesionales a la cual esta afiliada la empresa.

21. Caja de Compensación: Relacione el nombre de la Caja de Compensación Familiar a la cual esta afiliada la empresa.

22. No. Trabajadores: Relacione el total de trabajadores de la empresa.

23. Inscripción dependencia: Marque con una X Si va a inscribir la (s) sucursal (es) de la empresa.

Datos dependencia: Para cada dependencia de la empresa diligencie los campos dependencia, dirección, ciudad y teléfono y No. De trabajadores.

24. Nombres y apellidos del representante legal: Diligencie el nombre de la persona responsable de la empresa

25. Tipo de documento: Diligencie el tipo de documento según la Tabla No. 2.

26. Número de documento: Diligencie el número de documento del representante legal

II. Novedades

Cambio de NIT o razón social: Marque con una X si es cambio de NIT o de razón social.

27. Tipo de documento: Diligencie el nuevo tipo de documento de la empresa actualizado, según tabla del numeral 5 de este instructivo.

28. Número de documento y DV: Diligencie número de documento y el dígito de verificación si lo posee.

29. Nueva razón social: Diligencie razón social actualizada

III. Responsable de afiliaciones a la EPS

Nombre, cargo, teléfono y correo electrónico: Diligencie los datos de la persona responsable de afiliaciones a la EPS.

IV. Responsable de pagos a la EPS

Nombre, cargo, teléfono y correo electrónico: Diligencie los datos de la persona responsable de los pagos a la EPS.

V. Documentos Anexos (campo exclusivo para diligenciar por el funcionario de la EPS)

Registre la cantidad y tipo de documentos recibidos.

VI. Indicaciones

30. Marque con una X si desea realizar transacciones en línea a través de la página web

31. Marque con una X el medio por el cual desea que se le envíe la correspondencia (dirección principal o correo electrónico).

VII. Firmas y sello

Registre la firma del representante legal y el responsable de afiliaciones PBS.

32. Código asesor: Campo para diligenciar por el asesor o colaborador de la EPS.

* Para cambio de NIT:

Listado de afiliados que continúan vinculados a través del nuevo NIT

* Para cambio de razón social:

Original del certificado de la Cámara de Comercio con el nuevo nombre (con fecha de expedición inferior a noventa días)

Para información sobre los documentos reglamentarios vigentes para la inscripción de empresa, favor ingresar a la página web www.compensar.com o comuníquese a la Línea de Atención Servicios Salud 4441234

Autorización tratamiento de datos personales

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a todos los servicios y dependencias de Compensar Caja de Compensación Familiar y Compensar EPS (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados en el sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Actualizar mis datos personales con la información consultada en centrales de riesgo y demás fuentes de referencia. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos de Mi Planilla en caso de realizar liquidación o pago de aportes a través de esta plataforma. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información a través de correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento. En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Firma Representante Legal o Delegado _____

No. Identificación Representante Legal o Delegado _____