

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	32. Código asesor	Espacio para radicado Uso exclusivo EPS
Firma y sello		

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.

Original: EPS

Copia: Empleador

FOR-VTA-002

VIGILADO SuperSubsidio

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:

Tabla No.1	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:

Tabla No.2	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 POS.

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, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: **www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales**; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma Representante Legal o Delegado _____

No. Identificación Representante Legal o Delegado _____