



ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.S.
Código: CCF002

Inscripción y Novedades de Empleadores

Señor Empleador: Le agradecemos diligenciar éste formato conforme lo establece el artículo 5 del decreto 1406 de 1.999: “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. Quienes inicien actividades deberán inscribirse, e inscribir sus sucursales y centros de trabajo, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de iniciación de sus operaciones y, en todo caso, previamente a la vinculación de sus trabajadores al sistema”. **Por favor lea las instrucciones de diligenciamiento al respaldo.**

No. Formulario

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 | | |
| 18. Departamento | | | 19. Código actividad económica | 20. ARP | | 21. Caja de Compensación | | |
| 23. Inscripción dependencia <input type="checkbox"/> | | | 22. No. Trabajadores | | | | | |
| Dependencia | | Dirección | | Ciudad | | Teléfono | | |
| Dependencia | | Dirección | | Ciudad | | Teléfono | | |
| 24. Nombres y apellidos del representante legal | | | | | 25. Tipo de documento | | 26. Número | |

II. Novedades

Cambio de Nit.

Cambio Razón Social

| | | |
|------------------------|------------|----|
| 27. Tipo de documento | 28. Número | DV |
| 29. Nueva Razón Social | | |

III. Responsable de afiliaciones a la EPS

IV. Responsable de pagos a la EPS

| | | | |
|--------------------|-------|--------------------|-------|
| Nombre | Cargo | Nombre | Cargo |
| Teléfono | Ext. | Teléfono | Ext. |
| Correo electrónico | | 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 | Responsable de Afiliaciones a EPS | 32. Código asesor | Espacio para radicado Uso exclusivo EPS |
| Firma y sello | Firma y sello | | |

Instrucciones para el diligenciamiento del Formulario de Inscripción y Novedades Empleadores

Diligencie el formulario en letra imprenta legible clara, sin borrones ni tachones. Datos, firmas y huellas 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 verde (códigos) deben ser diligenciados por el funcionario de la EPS responsable de la 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. ARP: 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 la 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 o no realizar las afiliaciones a la EPS por Internet (transacciones en línea) a través de la página web de la entidad.

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 treinta 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

Derechos y Deberes de los empleadores en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Derechos

- A que se atiendan las necesidades en salud de sus trabajadores de acuerdo con los beneficios definidos en la normatividad correspondiente.
- A que se reconozca el pago de las prestaciones económicas de sus trabajadores derivadas de incapacidad por enfermedad general y licencia de maternidad o paternidad dado el cumplimiento de los requisitos correspondientes para tal fin.

Deberes de los empleadores

- Inscribir la empresa en la EPS, presentando toda la documentación requerida, conforme lo establece el artículo 5 del decreto 1406 de 1999.
- Reportar oportunamente las diferentes novedades de la empresa con respecto a: Cambio de NIT, cambio de razón social, actualización de datos (Dirección, Representante legal, teléfonos), inscripción de una nueva sucursal, liquidación.
- Afiliar al Plan Obligatorio de Salud de la Entidad que cada trabajador escoja, a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral con la empresa, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente, adjuntando todo el soporte documental requerido según lo establece el Decreto 1703 de 2002.
- En concordancia con el Artículo 22 de la ley 100 de 1993, contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagando cumplidamente el aporte de la cotización en salud, por cada trabajador a su servicio de forma oportuna en las fechas que corresponda según reglamentación vigente con la totalidad del aporte en salud por cada uno de los trabajadores.
- Informar oportunamente a **SAVIA SALUD EPS**, cualquier tipo de novedad laboral que se presente con respecto a: cambios de nivel salarial, nuevas vinculaciones, retiros de trabajadores, suspensiones, incapacidades, traslados de EPS, cambio permanente del Ingreso Base de Cotización y las demás que consagren las leyes.
- Informar a sus trabajadores sobre las garantías y obligaciones que tienen frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Reportar oportunamente los accidentes de trabajo a la ARL correspondiente.
- Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.
- Tener a disposición del trabajador que así lo solicite, la planilla de los aportes efectuados al Sistema General de Seguridad Social, así como el respectivo comprobante de pago.
- A fin de que no incurra en mora, tener en cuenta que el orden de imputación de pagos será de la siguiente manera: cubrir las obligaciones con los Fondos de Solidaridad, aplicar a intereses de mora por los aportes no pagados oportunamente, cubrir las cotizaciones obligatorias atrasadas, cubrir las cotizaciones obligatorias del periodo declarado.
- En el caso de que se suspenda la afiliación de los trabajadores, para levantar dicha suspensión, será necesario que el empleador pague y compense por la totalidad de los aportes atrasados de conformidad con el parágrafo del Artículo 210 de la ley 100 de 1993.