



ENTIDAD COOPERATIVO SOLIDARIA DE SALUD

ECOOPSOS ESS EPS

FORMULARIO DE INSCRIPCION Y NOVEDADES DE APORTANTES

RC-ABD-061-01

I. Tipo tramite				II. Fechas								
Inscripción	<input type="checkbox"/>	Actualización	<input type="checkbox"/>	Corrección	<input type="checkbox"/>	Diligenciamiento	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	Radicación EPS	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>			
III. Marque con una X los datos que va actualizar o a corregir												
Novedades Básicas Aportante			Novedades Rep. Legal			Novedades Contacto Empresa						
1 Documento de Identificación	<input type="checkbox"/>	5 Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	9 Nombres y Apellidos	<input type="checkbox"/>	14 Nombres y Apellidos	<input type="checkbox"/>	18 Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>			
2 Razón Social	<input type="checkbox"/>	6 ADN. Riesgos Laborales	<input type="checkbox"/>	10 Tipo y Núm. Documento	<input type="checkbox"/>	15 Tipo y Núm. Documento	<input type="checkbox"/>	19 Otro _____	<input type="checkbox"/>			
3 Dirección	<input type="checkbox"/>	7 Numero de empleados	<input type="checkbox"/>	11 Teléfono	<input type="checkbox"/>	16 Teléfono o Celular	<input type="checkbox"/>					
4 Teléfono, Celular, Fax	<input type="checkbox"/>	8 Otro: _____	<input type="checkbox"/>	12 Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	17 Cargo	<input type="checkbox"/>					
				13 Otro _____	<input type="checkbox"/>							
IV. Información General del Aportante												
Razón Social:						NI	CC	TI	CE	PA	Numero de Identificación:	DV
Dirección:				Dirección Adicional:								
Teléfono		Teléfono Adicional		Fax		Celular de Contacto						
Celular Adicional		Correo Electrónico			Correo Adicional							
Municipio de Ubicación:					Departamento de Ubicación							
Actividad Económica												
Código Act.		Descripción Actividad Económica			Régimen:		ARL:					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			Cantidad Empleados :		<input type="text"/>					
V. Información Representante Legal												
Nombre y Apellidos						CC	TI	CE	PA	Numero de Identificación:		
Teléfono		Celular de Contacto			Correo Electrónico							
VI. Información Contacto Empresa												
Nombre y Apellidos						CC	TI	CE	PA	Numero de Identificación:		
Teléfono		Celular de Contacto			Correo Electrónico		Cargo:					
VII. Documentos Anexos					VIII. Declaración y Firma							
Registro Único Tributación	<input type="checkbox"/>				Bajo la gravedad del Juramento declaro que la información reportada y los documentos soportes, en este formulario es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en constancia como representante Legal y/o Coordinador de Recursos Humanos Firmo a continuación:							
Cámara de Comercio	<input type="checkbox"/>											
Copia Documento Representante Legal	<input type="checkbox"/>											
Certificado Adm. De Riesgos Laborales	<input type="checkbox"/>											
Certificado de Conformación - Consorcio/Unión temporal	<input type="checkbox"/>											
Otro _____	<input type="checkbox"/>				Firma		Sello					
					CC. No.							

Instrucciones de Diligenciamiento del FORMULARIO DE INSCRIPCION Y NOVEDADES DE APORTANTES - ECOOPSOS ESS EPS

<p>Diligencie el formulario con letra imprenta, legible y sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligencia como parece en los documentos acreditados.</p> <p>I. Tipo Trámite</p> <p>Inscripción: Marque con una "X" esta casilla cuando se realiza la inscripción por primera vez a nuestra Entidad.</p> <p>Actualización: Marque con una "X" esta casilla cuando realice actualización de datos.</p> <p>Corrección : Marque con una "X" esta casilla cuando identifique diferencias en los datos reportados.</p> <p>II. Fechas</p> <p>Diligenciamiento: Ingrese la fecha de diligenciamiento del formulario en formato DD/MM/AAAA.</p> <p>Radicación EPS : Ingrese la fecha de entrega a la EPS del formulario en formato DD/MM/AAAA.(En caso de remitir por correo electrónico registre la fecha de envío).</p> <p>III. Datos a actualizar o a corregir.</p> <p>Marque con una X los datos que desea actualización Y/O corregir.</p> <p>IV. Información General del Aportante.</p> <p>Razón Social: Registre la información como registra en el Certificado de Representación legal o Equivalente.</p> <p>Numero de Identificación: Registre el Numero de identificación del Aportante.</p> <p>DV: Registre el dígito de verificación del aportante.</p> <p>Dirección: Ingrese la dirección física donde se encuentra ubicada la empresa o aportante.</p> <p>Dirección Adicional: En caso de contar con mas de una dirección, ingrese la dirección Adicional.</p> <p>Teléfono: Ingrese el numero telefónico.</p> <p>Teléfono Adicional: En caso de existir mas de un numero telefónico, ingrese los dígitos correspondientes.</p> <p>Fax: Ingrese el Numero de Fax.</p> <p>Celular: de Contacto: Ingrese el numero de Celular de la Empresa.</p>	<p>Celular Adicional: Ingrese el Numero de Celular Adicional.</p> <p>Correo Electrónico: Ingrese el correo electrónico del Aportante.</p> <p>Correo Electrónico: Ingrese el correo Adicional del Aportante.</p> <p>Municipio de Ubicación: Registre la Ciudad o Municipio de Ubicación del Aportante.</p> <p>Municipio de Ubicación: Registre el Departamento de Ubicación del Aportante.</p> <p>Actividad Económica.</p> <p>Código Act.: Ingrese los cuatro dígitos de la Actividad Económica.</p> <p>Descripción Actividad Económica: Ingrese la Descripción de la Actividad Económica del Aportante.</p> <p>Régimen: Ingrese a que régimen pertenece la EMPRESA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GRAN CONTRIBUYENTE / AUTORETENEDOR - GRAN CONTRIBUYENTE / NO AUTORETENEDOR - REGIMEN COMUN - REGIMEN SIMPLIFICADO - ESTATAL <p>Cantidad de Empleados: Ingrese la Cantidad de Empleados con que cuenta la Empresa.</p> <p>ARL: Ingrese el Nombre de la Administradora de Riesgos Laborales.</p> <p>V. Información Representante Legal</p> <p>Nombres y Apellidos: Ingrese los Nombres y Apellidos tal y como registran en el Documento de Identificación del representante legal.</p> <p>Numero de identificación: Ingrese el Numero de identificación del Representante Legal.</p> <p>Teléfono: Ingrese el número telefónico del Representante Legal.</p> <p>Celular de Contacto: Ingrese el numero de celular de contacto del representante legal.</p> <p>Correo Electrónico: Ingrese el correo electrónico del Representante Legal.</p>	<p>VI. Información Contacto Empresa</p> <p>Nombres y Apellidos: Ingrese los Nombres y Apellidos del contacto de la empresa.</p> <p>Numero de identificación: Ingrese el Numero de contacto de la empresa.</p> <p>Teléfono: Ingrese el número telefónico del contacto de la empresa.</p> <p>Celular de Contacto: Ingrese el numero de celular contacto de la empresa.</p> <p>Correo Electrónico: Ingrese el correo electrónico del contacto de la empresa.</p> <p>Cargo: Ingrese el cargo que ocupa la persona que va a tener contacto directo con la Entidad promotora de Salud.</p> <p>VIII. Documentos Anexos</p> <p>Marque con una X los documentos anexos, recuerde que como mínimo debe remitir Registro único Tributario, Cámara de Comercio (No Mayor a treinta días) y copia de Documento del Representante Legal.</p> <p>VIII. Declaración y Firma.</p> <p>Firma: El formulario debe ser firmado por el Representante Legal o Directivo de Recursos Humanos.</p> <p>CC No.: Ingrese el Numero de Identificación del Representante Legal o Directivo de Recursos Humanos.</p> <p>Sello: Ubique el Sello de la Empresa.</p>
--	--	--