

# INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO INSCRIPCION O NOVEDADES DE APORTANTES

**DILIGENCIE ESTE FORMATO A MAQUINA O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES.**

**FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS ZONA DE MERCADEO Y SUBZONA DE MERCADEO.**

**ESTE FORMATO NO APLICA PARA LA INSCRIPCION, NI AUTORIZACION DE COOPERATIVAS O MUTUALES A LAS QUE SE HACE REFERENCIA EN EL ARTICULO 287 DE LA LEY 100 DE 1993 Y EN EL ARTICULO 43 DEL DECRETO 806 DE 1998.**

## GLOSARIO:

<b>Aportante:</b>	Es la persona o entidad que tiene la obligación directa frente a E.P.S. Famisanar S.A.S. de cumplir con el pago de los aportes correspondientes al Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) para uno o más afiliados al mismo.
<b>Independiente:</b>	Personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

El objeto de este formato es el cumplir con lo requerido en el Decreto 1406 del 28 de Julio de 1999 para la conformación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, para lo cual debe existir una INSCRIPCION inicial del Aportante ante la entidad administradora, y en caso de variación de la información suministrada en la inscripción inicial es obligatorio reportar la NOVEDAD que se diera a lugar dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de ésta. Por lo anterior es de vital importancia señalar en la parte superior del formato el tipo de operación a realizar; INSCRIPCION o NOVEDAD. En caso de ser una INSCRIPCION se debe diligenciar la información contenida en los numerales I, II y III (este último en caso tal que el Aportante posea Sucursales). En caso de ser una NOVEDAD se debe diligenciar el tipo y número de identificación con el cual está registrado el Aportante ante E.P.S. Famisanar S.A.S. y a continuación diligenciar únicamente la nueva información que se diera a lugar según la NOVEDAD ocurrida.

Los numerales I y II deben ser diligenciados por todos los Aportantes

El numeral III debe ser diligenciado por aquellos Aportantes que posean sucursales, para lo cual deben presentar un único formato en donde se relacione la sede principal y las diferentes Sucursales, en caso que el Aportante posea más de cinco (5) sucursales debe relacionarlas en un reporte anexo al presente formato en donde se especifique la información solicitada en este numeral.

Los numerales IV y V serán diligenciados únicamente por representantes de E.P.S. Famisanar S.A.S.

Marque con equis (x), en la opción de inscripción, cuando se diligencie por primera vez este formato, para reportar la novedad marque con equis (x) la casilla correspondiente.

## I. IDENTIFICACION DEL APORTANTE

**Tipo de Documento Actual:** Marque con una equis (x) el tipo de identificación actual que corresponda al Aportante (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Número de Identificación Tributaria - NIT).

**Número de Documento Actual:** Registre completamente el número de identificación actual del Aportante sin tener en cuenta el dígito de verificación.

**Tipo de Documento Anterior:** Este campo se debe diligenciar en caso de efectuarse un cambio en la identificación del Aportante marcando con una equis (x) el tipo de identificación anterior del Aportante (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Número de Identificación Tributaria - NIT). Anexar documento soporte que sustente esta novedad.

**Número de Documento Anterior:** Este campo se debe diligenciar en caso de efectuarse un cambio en la identificación del Aportante registrando completamente el número de identificación anterior del Aportante sin tener en cuenta el dígito de verificación.

**Clase de Aportante:** Marque con una equis (x) la clase de Aportante según la clasificación señalada en el Decreto 1406 del 28 de Julio de 1999: Grande (Empleador con veinte (20) o más trabajadores a su servicio), Pequeño (Empleador con menos de veinte (20) trabajadores a su servicio) o Independiente (Personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes).

**Número Empleados a Nivel Nacional:** Registre en la casilla correspondiente el número de trabajadores a Nivel Nacional.

**Tipo de Persona:** Marque con una equis (x) el tipo de persona Natural o Jurídica del Aportante que diligencia el formato.

**Tipo de Empleador:** Marque con una equis (x) al frente de la casilla correspondiente si el Empleador es Oficial (propiedad del estado) o Particular.

**Nombre o Razón Social:** Escriba el nombre o razón social del Aportante que diligencia el formato.

**Nombre Comercial:** Escriba el nombre comercial del Aportante en caso de existir.

**Nombre Actividad Económica:** Escriba el nombre de la actividad económica principal del Aportante.

**Código:** Registre el código de acuerdo con la clasificación de actividades económicas establecidas por la Unidad Administrativa Especial de la Dirección de Impuestos Nacionales (DIAN) en la Resolución No. 8587 de Diciembre 7 de 1998 equivalente a la Resolución No. 0056 de Enero 23 de 1998 establecida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (Contratistas 7491, Hogares con Empleados de Servicio Doméstico 9500, Madres Comunitarias 8532).

**A.R.L.:** Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) a la cual está afiliado el Aportante.

**Caja de Compensación:** En caso de existir, indique el nombre de la Caja de Compensación a la cual está afiliado el Aportante.\*

**Representante Legal:** Escriba el nombre del representante legal de la empresa.

**Forma de Pago:** Marque con una equis (x) una de las siguientes opciones, según la forma de presentar la autoliquidación:

**Sucursal:** Cuando el Aportante decida presentar la autoliquidación de aportes por cada Sucursal.

**Único:** Cuando el Aportante no tenga más de veinte (20) sucursales, o no cuente con sucursales en más de cinco (5) ciudades y decida presentar una sola autoliquidación de aportes, evento en el cual los plazos para el pago son iguales a los establecidos para la presentación por sucursal.

**Consolidado:** Cuando el Aportante tenga más de veinte (20) sucursales, o cuente con sucursales en más de cinco (5) ciudades y decida presentar una sola autoliquidación de aportes en donde se incluye la totalidad de los afiliados de todas sus sucursales. En este evento, el Aportante deberá informar tal decisión a la administradora con no menos de dos (2) meses de antelación.

**Número de Sucursales:** En caso de existir más de una sucursal, escriba el número de sucursales del Aportante.

**Directivo de Recursos Humanos:** Escriba el nombre del directivo del área de recursos humanos o su similar dentro de la empresa.

**Nombre del Cargo:** Escriba el nombre del cargo que ocupa la persona directivo del área de recursos humanos o su similar dentro de la empresa.

**Teléfono:** Escriba el número de teléfono en donde se pueda contactar a la persona directivo del área de recursos humanos o su similar dentro de la empresa.

**Responsable de atención a E.P.S.:** Escriba el nombre de la persona que maneja la información para E.P.S. Famisanar S.A.S.

**Nombre del Cargo:** Escriba el nombre del cargo que ocupa la persona que maneja la información para E.P.S. Famisanar S.A.S.

**Teléfono:** Escriba el número de teléfono en donde se pueda contactar a la persona que maneja la información para E.P.S. Famisanar S.A.S.

## II. UBICACION SEDE PRINCIPAL

**Dirección, Barrio, Zona Postal, Municipio y Departamento:** Escriba la dirección, zona postal, barrio, municipio y departamento en donde está ubicada la Sede Principal del Aportante. En caso que el Aportante tenga la Sede Principal fuera de Bogotá y varias sucursales en diferentes ciudades, en este espacio favor relacionar la información de la sucursal principal ubicada en Bogotá y explicar el cambio en OBSERVACIONES.

**Ubicación:** Marque con una equis (x) la ubicación de la Sede Principal del Aportante (zona Urbana o zona Rural).

**Número Empleados Sede Principal:** Registre en la casilla correspondiente el número de trabajadores de la Sede Principal.

**Teléfono 1, Teléfono 2 y Teléfono 3:** Escriba los teléfonos de la Sede Principal del Aportante.

**Fax:** Escriba el número de fax de la Sede Principal del Aportante.

**E-mail:** Escriba, en caso de existir, la dirección de correo electrónico de la Sede Principal del Aportante.

**Web Site:** Escriba, en caso de existir, la dirección de la página en Internet del Aportante.

**Envío de Correo:** Marque con una equis (x) la manera de enviar comunicaciones al Aportante (Por Sucursal o Sede Principal).

**Dirección de Correspondencia, Municipio y Departamento:** Escriba la Dirección, Municipio y Departamento en donde desea que sea dirigida la correspondencia de la Sede Principal del Aportante.

## III. UBICACION SUCURSALES (En caso que su empresa tenga sucursales complete la siguiente información).

**Si su empresa tiene más de cinco (5) sucursales favor relacionar en listado anexo, para cada una de las sucursales o centros de trabajo, la siguiente información:**

**Código Sucursal:** Escriba, en caso de existir, el código que identifica las sucursales del Aportante.

**Nombre Sucursal:** Escriba el nombre que identifica las sucursales del Aportante.

**Dirección, Ubicación, Barrio, Municipio y Departamento:** Escriba la dirección, ubicación (Urbana o Rural), barrio, municipio y departamento en donde están ubicadas las sucursales del Aportante.

**Teléfono:** Escriba el teléfono de las sucursales del Aportante.

**Número de Empleados:** Registre en la casilla correspondiente al número de trabajadores de la Sucursal.

**Nombre Director de Sucursal:** Escriba el nombre de la persona que está a cargo del manejo de la Sucursal.

**Cargo del Director de Sucursal:** Escriba el nombre del cargo que ocupa la persona que está a cargo del manejo de la Sucursal.

**Dirección de Correspondencia, Municipio y Departamento:** Escriba la dirección, municipio y departamento en donde desea que sea dirigida la correspondencia de las sucursales del Aportante.

**E-mail:** Escriba, en caso de existir, la dirección de correo electrónico de la Sucursal del Aportante.

**A.R.L.:** Indique el nombre de la Administradora de Riesgos Laborales (A.R.L.) a la cual está afiliada la sucursal del Aportante.