



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCIONES Y NOVEDADES DE APORTANTES

(Por favor lea atentamente las instrucciones antes de diligencias este formulario)

CODIGO CCFC50

Regional Radicación	Seccional Radicación	Fecha de Radicación	Número de Radicación	Fecha de Diligenciamiento
		D D M M A A A A		D D M M A A A A

SELECCIONE LA OPERACIÓN QUE DESEA REALIZAR (Elija si es una inscripción o una novedad de aportante y marque con una equis (X)) INSCRIPCIÓN DE APORTANTE  NOVEDAD DE APORTANTE

**PARTE I, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL APORTANTE (Por favor seleccione con una equis(X), el tipo de Aportante que representa)**

<input type="checkbox"/> 1. Jurídicas	<input type="checkbox"/> 7. Agremiadoras	<input type="checkbox"/> 13. Edificios o Conjuntos Residenciales	<input type="checkbox"/> 19. Embajadas y Consulados
<input type="checkbox"/> 2. Naturales	<input type="checkbox"/> 8. Asociaciones	<input type="checkbox"/> 14. Concejos Municipales	<input type="checkbox"/> 20. Administradora de Riesgos Laborales
<input type="checkbox"/> 3. Contratista	<input type="checkbox"/> 9. Entidades Educativas	<input type="checkbox"/> 15. Asociaciones Madres Comunitarias	<input type="checkbox"/> 21. Cajas de Compensación Familiar
<input type="checkbox"/> 4. Coop. y Precooperativas de Trabajo Asociado	<input type="checkbox"/> 10. Alcaldías	<input type="checkbox"/> 16. Sindicatos	<input type="checkbox"/> 22. Iglesias (Católicas/Cristianas)
<input type="checkbox"/> 5. Mutuales	<input type="checkbox"/> 11. Consorcios	<input type="checkbox"/> 17. Uniones Temporales	<input type="checkbox"/> 23. Administradoras de Fondos de Pensiones
<input type="checkbox"/> 6. Notarías	<input type="checkbox"/> 12. Hosp., Clínicas y Centros de Salud	<input type="checkbox"/> 18. Organizaciones No Gubernamentales	<input type="checkbox"/> 24. Otros

**PARTE II, TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR (Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis (X)).**

Novedades Básicas Aportantes	Novedades Representante Legal	Novedades Gerente/Presidente	Novedades Contacto Nómina	Novedades Sucursal/Sede	Novedades Grupo Empresarial
<input type="checkbox"/> 1. Documento de Identificación	<input type="checkbox"/> 10. Nombre y Apellidos	<input type="checkbox"/> 15. Nombre y Apellidos	<input type="checkbox"/> 20. Nombre y Apellidos	<input type="checkbox"/> 26. Inscripción	<input type="checkbox"/> 33. Tipo y No. de Identificación
<input type="checkbox"/> 2. Razón Social	<input type="checkbox"/> 11. Tipo y Número de Documento	<input type="checkbox"/> 16. Tipo y Número de Documento	<input type="checkbox"/> 21. Tipo y Número de Documento	<input type="checkbox"/> 27. Dirección, teléfono, fax	<input type="checkbox"/> 34. Razón Social
<input type="checkbox"/> 3. Dirección, teléfono, fax	<input type="checkbox"/> 12. Teléfono	<input type="checkbox"/> 17. Teléfono	<input type="checkbox"/> 22. Cargo	<input type="checkbox"/> 28. Municipio y Dpto.	<input type="checkbox"/> 35. Dirección, teléfono, fax
<input type="checkbox"/> 4. Correo Electrónico Aportante	<input type="checkbox"/> 13. Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> 18. Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> 23. Teléfono	<input type="checkbox"/> 29. Número de Empleados	<input type="checkbox"/> 36. Número de Empleados
<input type="checkbox"/> 5. Pagina WEB Aportante	<input type="checkbox"/> 14. Otros	<input type="checkbox"/> 19. Otros	<input type="checkbox"/> 24. Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> 30. Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> 37. Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> 6. Admín. Riesgos Laborales			<input type="checkbox"/> 25. Otros	<input type="checkbox"/> 31. Página WEB	<input type="checkbox"/> 38. Página WEB
<input type="checkbox"/> 7. Caja de Compensación Familiar				<input type="checkbox"/> 32. Otros	<input type="checkbox"/> 39. Otros
<input type="checkbox"/> 8. Número de Empleados					
<input type="checkbox"/> 9. Otros					

**PARTE III, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI VA A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN DEL APORTANTE O SI REPORTA LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

Tipo de Identificación Aportante		Número de Identificación		Nombre o Razón Social	
<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	DV		
<input type="checkbox"/> P.A.	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.D.			
Objeto Social del Aportante					Sector del Aportante
					<input type="checkbox"/> Mixta
					<input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial
Dirección Sede Principal		Municipio		Departamento	
				Zona Laboral	
				<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Pertenece a un Grupo Empresarial		Teléfono Laboral / Extensión		Número de Empleados	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Número Total de Empleados	
Cuál?		Fax Laboral		Celular Laboral	
Correo Electrónico Aportante		Página WEB Aportante		Actividad Económica	
Tipo Aportante		Tamaño del Aportante		Administradora de Riesgos Laborales	
<input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 a 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20		<input type="checkbox"/> Administradora de Riesgos Laborales	
<input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Famiempresa		<input type="checkbox"/> 20 a 100 <input type="checkbox"/> Más de 100		<input type="checkbox"/> Caja de Compensación Familiar	

**VIGILADO Supersalud**  
 Línea de Atención al Usuario: 6500870 - Bogotá, D.C.  
 Línea Gratuita Nacional: 018000910383

VIGILADO SuperSubsidio

Nombres y Apellidos del Representante Legal		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		Número de Identificación		DV	
Teléfonos Representante Legal		Correo Electrónico Representante Legal					
Contacto Nómina - Nombres y Apellidos Responsable		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		Número de Identificación			
Cargo Contacto Nómina		Teléfono Contacto Nómina		Correo Electrónico Responsable de Nómina			

**PARTE IV, POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI LOS DATOS REGISTRADOS SON LOS NUEVOS O SI VAN A REALIZAR LA NOVEDAD 1 Y 2.**

Tipo de Identificación Aportante <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		Número de Identificación		DV		Nombre o Razón Social/Entidad Pensional				Sector del Aportante <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Oficial	
---	--	--------------------------	--	----	--	---	--	--	--	---	--

**PARTE V, SI USTED REPORTA LA NOVEDAD 39 POR FAVOR DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DEL NUEVO APORTANTE**

Tipo de Identificación Aportante <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.D.		Número de Identificación		DV		Nombre o Razón Social/Entidad Pensional							
						Fecha de Retiro Anterior Aportante D D M M A A A A				Fecha de Ingreso Nuevo Aportante D D M M A A A A			

**PARTE VI, ENTREGA DE DOCUMENTOS SOPORTE A LA INSCRIPCIÓN Y/O NOVEDAD DE APORTANTES (Elija el documento que está presentando y seleccione con una equis (X)).**

1. <input type="checkbox"/> Solicitud escrita dirigida a la EPS Firmada por el Representante Legal.	7. <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	13. <input type="checkbox"/> Inscripción y Aprobación de Régimen Previsión y Seguridad Social ante Ministerio de Trabajo.	17. <input type="checkbox"/> Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial.
2. <input type="checkbox"/> Documento de Identificación del Representante Legal / Patrono.	8. <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el ICBF	14. <input type="checkbox"/> Inscripción y Aprobación de Régimen Compensaciones ante Ministerio de Trabajo.	18. <input type="checkbox"/> Manifestación Escrita del Representante Legal, no cobro por Desempeño de la labor y no Recaudo de la Cotización del Trabajador.
3. <input type="checkbox"/> Afiliación Administradora de Riesgos Laborales	9. <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores.	15. <input type="checkbox"/> Autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para llevar a cabo Afiliaciones Colectivas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	19. <input type="checkbox"/> Resolución Entidad Pensional/Certificación Administradora Fondo de Pensiones
4. <input type="checkbox"/> Certificado de Constitución y Representación Legal / Certificado de Camara de Comercio.	10. <input type="checkbox"/> Certificado de Propiedad Horizontal / Curaduría	16. <input type="checkbox"/> Acta de la Asamblea General de Cooperados o Asociados o del Órgano de Aprobación para ejecutar las Afiliaciones Colectivas de Trabajadores.	20. <input type="checkbox"/> Acta de Posesión.
5. <input type="checkbox"/> Copia del Número de Identificación Tributaria / Registro Único Tributario.	11. <input type="checkbox"/> Certificación de Conformación Consorcio / Unión Temporal.		21. <input type="checkbox"/> Estatutos Aprobados por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Dansocial.
6. <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio de Educación.	12. <input type="checkbox"/> Inscripción y Aprobación de Régimen de Trabajo ante Ministerio de Trabajo		22. <input type="checkbox"/> Resolución de Aprobación Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia.

**OBSERVACIONES**

**DECLARACIÓN JURAMENTADA:** Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en éste formulario de inscripción y novedades de Aportantes, es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en constancia como representante legal firmo a continuación:

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL

NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

**PARTE VII, INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

Atención al Usuario  
Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Identificado con: \_\_\_\_\_

Dirección Seccional / Coordinador Comercial / Supervisor  
Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Identificado con: \_\_\_\_\_



**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN Y NOVEDADES DE APORTANTE A LA E.P.S. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

**DILIGENCIE EL FORMULARIO A MÁQUINA O LETRA IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA, SIN BORRONES, NI TACHONES Y EN TINTA NEGRA**

El encabezado deberá ser diligenciado por el Asesor Comercial o Consultor Operativo.

(\*TIPO DE TRAMITE: MARQUE CON UNA EQUIS (X) EL TIPO DE TRAMITE QUE VA A REALIZAR: INSCRIPCIÓN DE APORTANTE O NOVEDAD DE APORTANTE:

\*La PARTE I. información debe ser diligenciada por el Aportante (Seleccione con una equis (X), el tipo de Aportante que representa.

La PARTE II. Tipo de Novedad a reportar (Elija la novedad que está presentando y seleccione con una equis (X)

La PARTE III. Diligencie la siguiente información si va a realizar la inscripción del Aportante o Si reporta la actualización de Datos.

\*Si corresponde a Novedad de Actualización de Datos (Documento de Identificación o Razón Social) en la parte III diligencie los datos que actualmente la EPS tiene, los nuevos datos diligencielos en la parte IV del formulario.

**Tipo de Identificación Empleador:** Marque con una equis (X), el tipo de documento con el cual se encuentra identificado el Empleador:

NIT. Número de Identificación Tributaria C.C. Cédula de Ciudadanía  
C.E. Cédula de Extranjería  
P.A. Pasaporte  
T.I. Tarjeta de Identidad  
C.D. Camé Diplomático

**Número de Identificación:** Diligencie el número de identificación completo de la Empresa, tal como se encuentra en el Registro de la Cámara de Comercio. No olvide incluir el dígito de verificación.

**Nombre o Razón Social:** Diligencie el Nombre o Razón Social del Empleador, tal como aparece en el Registro de la Cámara de Comercio.

**Objeto Social del Aportante:** Diligencielo tal como aparece en el Registro de la Cámara de Comercio.

**Sector del Aportante:** Marque con equis (X) si su empresa es: Mixta, Privada u Oficial.

**Dirección Sede Principal:** Diligencie la dirección correspondiente a la Sede Principal del Empleador (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Municipio:** Diligencie el Municipio donde se encuentra el Empleador Sede Principal.

**Departamento:** Diligencie el Departamento donde se encuentra el Empleador Sede Principal.

**Zona Laboral:** Marque con equis (X) si la Empresa está ubicada en ZONA Urbana o Rural.

**Número de Empleados:** En este campo diligencie la cantidad de empleados con los que cuenta el Aportante.  
**Pertenece a un Grupo Empresarial:** Seleccione sí o no según el caso y confirme a qué grupo empresarial pertenece.

**Teléfono laboral/Extensión:** Diligencie el número telefónico de la Empresa, por favor incluya la extensión del Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos.

**Fax Laboral:** Diligencie el número de FAX si la Empresa cuenta con alguno.

**Celular Laboral:** Diligencie el número si la Empresa cuenta con alguno.

**Correo Electrónico Aportante:** Diligencie el correo electrónico o mail de la Empresa (Departamento de Nómina o Área de Recursos Humanos).

**Página WEB Aportante:** Diligencie el portal WEB de la Empresa si cuenta con alguno.

**Actividad Económica:** Diligencie el código de la Actividad Económica que aparece en el RUT.

**Administradora de Riesgos Laborales:** Diligencie el nombre de la Administradora de Riesgos Laborales a la cual está afiliado el Empleador.

**Caja de Compensación Familiar:** Diligencie el nombre de la Caja de Compensación Familiar a la cual está afiliada la Empresa.

**Nombres y Apellidos del Representante Legal:** Diligencie el Nombre de la Persona responsable de la Empresa.

**Tipo de Identificación Representante Legal:** Marque con una equis (X), el tipo de documento.

NIT. Número de Identificación Tributaria C.C. Cédula de Ciudadanía  
C.E. Cédula de Extranjería  
P.A. Pasaporte  
T.I. Tarjeta de Identidad  
C.D. Camé Diplomático

**Número de Identificación Representante Legal:** Diligencie el número de identificación completo.

**Teléfonos Representante Legal:** Diligencie el número telefónico, por favor incluya la extensión.

**Correo Electrónico Representante Legal:** Diligencie el correo electrónico.

**Contacto Nómina - Nombres y Apellidos:** Diligencie el Nombre de la Persona encargada de las Afiliaciones.

**Cargo Actual Nómina:** Diligencie el cargo de la Persona encargada de Nómina.

**Teléfono Contacto Nómina:** Diligencie el número telefónico, por favor incluya la extensión.

**Correo Electrónico Responsable Nómina:** Diligencie el correo electrónico.

La PARTE IV Por favor diligencie la siguiente información si los datos registrados son los Nuevos o si van a realizar la Novedad 1 y 2.

PARTE V. Si usted reporta la Novedad 39 por favor diligencie los siguientes datos del Nuevo Aportante y en el campo de Observaciones amplíe el trámite a realizar.

PARTE VI. Entrega de Documentos Soporte a la inscripción y/o Novedad de Aportantes /Elija los documento que de acuerdo a su Actividad Económica y Objeto Social debe presentar para acreditar su Empresa ante la EPS. Seleccione con una equis (X)

**OBSERVACIONES:** Diligencie las Observaciones que considere necesarias para complementar la información registrada.

**DECLARACION JURAMENTADA:** Bajo la gravedad de juramento declaro que la información reportada y los documentos soporte, en este formulario de inscripción y novedades de Aportantes, es veraz y corresponde a la realidad y manifiesto mi voluntad de afiliación a la EPS, en consecuencia como representante legal firmo a continuación:

\*FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PERSONA NATURAL \*NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

**PARTE VII. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

**Fuerza de Ventas / Consultor Atención al Usuario:** Diligencie el Nombre y Apellidos del Asesor Comercial o Consultor Atención al Usuario que realizó la inscripción o novedad de Aportante a la EPS.

**Identificado con:** Diligencie el número del documento de identidad del Asesor Comercial o Consultor Atención al Usuario que realizó la inscripción o novedad de Aportante a la EPS.

**Dirección Seccional / Coordinador**

**Comercial/Supervisor Línea de Frente:** Diligencie el Nombre y Apellidos del Jefe del funcionario que realizó la inscripción o novedad de Aportante a la EPS.

**Identificado con:** Diligencie el número del documento del Jefe del funcionario que realizó la inscripción o novedad de Aportante a la EPS.