

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.**

I. Inscripción de Empresa

No. Formulario

1. Fecha

A	A	A	A	M	M	D	D
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 2. Tipo de afiliación 3. Tipo de empresa 4. Sector de la empresa

Datos de la Empresa

5. Tipo de documento		6. Número				7. DV		8. Nombre empresa							
9. Dirección para notificaciones						10. Barrio			11. Teléfono			12. Fax			
13. Correo electrónico para notificaciones						14. Zona		15. Municipio			16. Ciudad			17. Código	
18. Departamento				19. Código actividad económica		20. ARP			21. Caja de Compensación			22. No. Trabajadores			
23. Inscripción dependencia <input type="checkbox"/>															
Dependencia				Dirección				Ciudad			Teléfono			No. Trabajadores	
Dependencia				Dirección				Ciudad			Teléfono			No. Trabajadores	
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.		Correo electrónico				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

<p>Representante Legal</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>Firma y sello <small>Nota: firma a mano alzada</small></p>	<p>Responsable de Afiliaciones a EPS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>Firma y sello <small>Nota: firma a mano alzada</small></p>	<p>32. Código asesor</p>	<p style="color: #4F81BD;">Espacio para radicado Uso exclusivo EPS</p>
--	--	--------------------------	--

Original: EPS

Copia: Empleador

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	PT: (permiso de protección temporal)

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.

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 caracter, 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.

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).

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).

Autorizaciones

Con la firma de este formulario, en mi calidad de aportante al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyas cotizaciones se realizan a la administradora: PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSA CIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFENALCO VALLE DELAGENTE – NIT 890303093-5. Bajo la obligación de mantener actualizada mi información conforme lo contenido en el Decreto 2353 de 2015 - CAPÍTULO VI - NOVEDADES, compilado en el Decreto 780 de 2016. De manera libre, voluntaria y expresa:

3.1. Autorización para notificación electrónica

Autorizo expresamente al PROGRAMA EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE para que las notificaciones relacionadas con las gestiones de cobro de la cartera del régimen contributivo se realicen mediante medios electrónicos, incluyendo, pero no limitándose a:

- Avisos de incumplimiento.
- Notificaciones del título ejecutivo.
- Comunicaciones relacionadas con acciones de cobro persuasivas (primera y segunda).
- Notificaciones judiciales en caso de inicio de procesos ejecutivos de cobro.

Estas notificaciones podrán efectuarse a través de correos electrónicos, mensajes de texto, plataformas electrónicas o cualquier otro canal digital previamente registrado en las bases de datos de la entidad.

Acepto que la notificación electrónica se entenderá surtida con la recepción del mensaje de datos en la bandeja de entrada de la dirección de correo electrónico registrada en el presente formulario.

Esta autorización se otorga en cumplimiento de las obligaciones que tienen las administradoras para adelantar el proceso de cobro de cartera por cotizaciones en salud de los aportantes que se encuentran en mora del régimen contributivo establecidas en: la Resolución 1702 de 2021, y su modificación mediante la Resolución 205 de 2024, expedidas por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP). En los Artículos 22, 23, 24 y 162 de la ley 100 de 1993. El Decreto 780 de 2016 (libro 2, parte 1, título 9) y el Decreto 923 de 2017.

3.2. Tratamiento de datos personales

En cumplimiento de la ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes en materia de protección de datos personales, autorizo al PROGRAMA EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE para tratar mis datos personales con el fin exclusivo de gestionar las obligaciones relacionadas con la cartera del régimen contributivo.

El tratamiento de mis datos se realizará bajo estricta confidencialidad, garantizando su seguridad y uso exclusivo para los fines autorizados. Los datos podrán ser almacenados, procesados y actualizados de acuerdo con la política de privacidad de la entidad, la cual puede ser consultada a través de sus canales oficiales.

3.3. Derechos del titular de los datos

Reconozco mi derecho a acceder, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos personales conforme a la normativa vigente. Para ello, puedo comunicarme con el PROGRAMA EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE a través de los canales habilitados, tales como correo electrónico, línea telefónica o atención presencial establecidos en el presente formulario.

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 www.epsdelagente.com.co o al teléfono (602) 485 3530 menú 2, opción 4.

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 EPS Comfenalco Valle, 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 las demás que consagran 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 ARP 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 autoliquidación 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.
- Para efectos de la notificación de mora, los empleadores deberán publicar en forma mensual, al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, a efecto de que estos puedan acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva.
- Asumir el pago de los perjuicios que se ocasionen al trabajador, aún después de su desvinculación, como efecto de la pérdida de la antigüedad o cualquier otro daño, que se origine por el retraso en el pago de sus obligaciones al Sistema, sin perjuicio de las demás sanciones que prevean las disposiciones legales.

Para AFILIACIONES recuerde

- ✓ Puede acercarse a cualquiera de nuestras Unidades de Servicios de Salud en el punto de información y/o afiliaciones.
- ✓ Puede descargar los formularios de afiliación a través de la página web www.epsdelagente.com.co
- ✓ Puede realizar sus trámites con el asesor asignado a su empresa.
- ✓ Puede escribir al correo afiliate@epsdelagente.com.co

Línea de Atención Nacional 01 8000185 462