



**FORMATO UNICO DE INSCRIPCION Y NOVEDADES DE EMPLEADORES**  
**ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA-DUSAKAWI EPSI**  
**EPSIC1**

*Señor Aportante: le agradecemos diligenciar este formato como lo establece el artículo 4 y 5 del decreto 1406 de 1999 Artículo 4. Obligados a cumplir los deberes formales. Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes. Artículo 5. Inscripción en el Registro Único de Aportantes. 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.*

INSCRIPCION DE LA EMPRESA				FECHA INSCRIPCION	
<b>I. INFORMACION DE LA EMPRESA</b>					
1. TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO			2. RAZON SOCIAL:		
3. DIRECCION:		4. CIUDAD:	5. TELEFONO:	6. CELULAR	
7. CORREO ELECTRONICO:			8. ARL:		
9. NUMERO DE EMPLEADOS:	TAMAÑO EMPRESA (GRANDE- PEQUEÑA)	10. TIPO DE EMPRESA (PRIVADA O PUBLICA):	11. CODIGO Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA-DIAN:		
12. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL :			13. TIPO Y No. DOCUMENTO		
14. CORREO ELECTRONICO			15. NOMBRE RESPONSABLE TALENTO HUMANO:		
16. CARGO:		17. TELEFONO:	18. CORREO ELECTRONICO:		
19. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA		20. TIPO Y NUMERO DE CUENTA			
<b>II. NOVEDADES</b>					
CAMBIO DE NIT <input type="checkbox"/> MBIO RAZON SOCIAL <input type="checkbox"/>					
21. TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO			22. RAZON SOCIAL		
<b>III. DOCUMENTOS ANEXOS</b>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTROS (CUALES) CERTIFICADO ARL/CONTRATO DE TRABAJO EMPLEADO	
CC. REPRESENTANTE LEGAL	CAMARA DE COMERCIO	RUT	CERTIFICADO BANCARIO		
FIRMA EMPLEADOR		FIRMA ENCARGADO AFILIACIONES/ HUMANO		FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE LOS SOPORTES COMPLETOS PARA AFILIACION DEL APORTANTE	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
 Calle del Comercio No. 100-100 Bogotá D.C.  
 Tel: (57) 1 261 1000