INSCRIPCIÓN O NOVEDADES DE APORTANTES

Número de Radicación

Fecha de Radicación

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

INSCRIPCIÓN X NOVEDAD

El Sistema de Seguridad Social Integral en los Artículos 4 y 5 del Decreto 1406 de Julio de 1999 establece: "Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes" y " 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. Los aportantes estarán igualmente obligados a reportar toda novedad que se presente con relación a su identificación en el registro, tales como cambio de dirección, razón social, cambios de actividad económica, apertura o cierre de sucursales o centros de trabajo. Dicha información deberá suministrarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia".

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO
FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS ZONA DE MERCADEO Y SUBZONA DE MERCADEO

No. *0839995*

CÓDIGO 037

Fecha de Diligenciamiento: DÍA — MES 01 — AÑO 2025

I. IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE

EN CASO DE SER UNA NOVEDAD DE CAMBIO DE IDENTIFICACIÓN, DILIGENCIAR IDENTIFICACIÓN ACTUAL Y ANTERIOR.

Tipo de Documento Actual:	Cédula Ciudadanía	Cédula Extranjería	Número de Identificación Tributaria (NIT) X	Pasaporte	**Número de Documento Actual:** 901.900.857-5		
Tipo de Documento Anterior:	Cédula Ciudadanía	Cédula Extranjería	Número de Identificación Tributaria (NIT)	Pasaporte	**Número de Documento Anterior:**		
Clase de Aportante: Grande	Pequeño X	Independiente	**Número Empleados a Nivel Nacional:** 12.	**Tipo de Persona:** Natural	Jurídica X	**Tipo de Empleador:** Oficial	Particular X
Nombre o Razón Social: CONSORCIO INTER-OROPAZ 2024			**Nombre Comercial:** CONSORCIO INTER-OROPAZ-2024				
Nombre Actividad Económica: ALQUILER DE EQUIPOS DE TRANSPORTES	**Código:** 7112		**A.R.P.:** POSITIVA		**Caja de Compensación:** COMFACASANARE		
Representante Legal: DIANA PAOLA RAMIREZ MONTAÑEZ			**Forma de Pago:** Sucursal	Único X	Consolidado	**Número de Sucursales:**	
Directivo de Recursos Humanos: DIANA PAOLA RAMIREZ MONTAÑEZ			Nombre del Cargo: GERENTE			Teléfono: 3214466856	
Responsable de atención a E.P.S.: DIANA PAOLA RAMIREZ MONTAÑEZ			Nombre del Cargo: GERENTE			Teléfono: 3214466856	

II. UBICACIÓN SEDE PRINCIPAL

Dirección: CALLE-31A N°-37-27		**Barrio:**	**Zona Postal:**
Municipio: YOPAL		**Departamento:** CASANARE	
Zona Mercadeo:	**Subzona Mercadeo:**	**Ubicación:** Urbana X Rural	**Número Empleados Sede Principal:** 12
Teléfono 1: 3214466856	**Teléfono 2:**	**Teléfono 3:**	**Fax:**
E-mail: consorciointeroropaz@gmail.com	**Web Site:**		**Envío de Correo:** Por Sucursal Sede Principal X
Dirección de Correspondencia: CALLE-31A N°-37-27	**Municipio:** YOPAL	**Departamento:** CASANARE	**Teléfono de Dirección Correspondencia:** 3214466856

III. UBICACIÓN SUCURSALES

Si su empresa tiene sucursales complete la siguiente información. En caso de tener más de cinco (5) sucursales favor relacionar la información solicitada en un listado anexo.

	Código Sucursal	Nombre Sucursal	Dirección	Ubicación Urbana	Ubicación Rural	Barrio	Zona Mercadeo	Subzona Mercadeo
A								
B								
C								
D								
E								

nueva eps
Recibido para estudio de la EPS
FECHA: 14 01 2025
CÓDIGO 01779

	Municipio	Departamento	Teléfono	No. Empleados	Nombre Director de Sucursal	Cargo del Director de Sucursal
A						
B						
C						
D						
E						

	Dirección Correspondencia	Municipio	Departamento	E-mail	A.R.P.
A					
B					
C					
D					
E					

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 860.173.427-5 TEL: 432.2100

09/2013

RAD-F-11-V1.0

OBSERVACIONES: _____

Declaración Juramentada: Bajo la gravedad del juramento declaro que la información consignada por mi en este formulario es cierta y que:
a) Con el fin de dar cumplimiento a los artículos 4 y 5 del Decreto 1406 de Julio de 1999, acepto con mi firma, dar a conocer a la NUEVA EPS S.A., la información necesaria para establecer el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral. b) Autorizo para que esta información pueda ser utilizada en base de datos.

DIANA PAOLA RAMIREZ M.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

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

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE FIRMAR LA DECLARACIÓN DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Nombre: _____

Firma: _____

100191162 SEP.-2013

- ORIGINAL: E.P.S. -