

Paso 10. Se debe registrar a la empresa en el sistema de Seguridad Social, para poder contratar empleados.

Toda persona que por primera vez vaya a contratar a trabajadores, deberá solicitar su inscripción en el **Sistema de la Seguridad Social** como empresa antes del comienzo de la actividad. Con la inscripción se asigna al empresario un número para su identificación que se considera el Código de Cuenta de Cotización.

El empresario, en el momento de solicitar la inscripción debe hacer constar, en la propia solicitud, o en la declaración anexa, la entidad gestora y/o la entidad o entidades colaboradoras por las que opta tanto para la protección de las contingencias de trabajo y enfermedades profesionales como para la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Los documentos formalizados mantendrán su vigencia por el período de un año, debiendo coincidir, en todo caso su vencimiento con el último día del mes y se entenderán prorrogados por períodos de igual duración, salvo denuncia en contrario.

Documentación

- Modelo TA.6 - Solicitud Código de Cuenta de Cotización Principal.
- Fotocopia DNI del empresario o documento análogo en caso de extranjeros.
- Fotocopia del Impuesto de Actividades Económicas.
- Documento de Declaración respecto a la protección de los Accidentes de Trabajo así como la protección de la cobertura de la prestación económica por Incapacidad Temporal, haciendo constar si opta por la Seguridad Social o por una Mutua Patronal.

Con las fotocopias deben presentarse los originales para su compulsación por la Tesorería General de la Seguridad Social. Simultáneo con el alta del primer trabajador.

El empresario deberá solicitar un Código de Cuenta de Cotización en cada una de las provincias en las que ejerza su actividad, y también para identificar colectivos con peculiaridades de cotización si los hubiera.

Esta inscripción será única y válida para toda la vida de la persona física o jurídica titular de la empresa.

logo EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

CONSECUTIVO

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input type="checkbox"/>		A. Personal: a) su afiliación <input type="checkbox"/> b) sus beneficiarios <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> C. De oficio <input type="checkbox"/>		C. Contributivo <input type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado CO Cotizante <input type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante Código		6. Fecha de la Solicitud D D M M A A A A	
A. AFILIACIÓN					
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)					
7. Apellidos y nombres completos		Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre			
8. Tipo documento de identidad TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		9. Número documento de identidad		10. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	
11. Fecha de nacimiento D D M M A A A A					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN Comunes al R. Contributivo y al R. Subsidiado					
12. Origen étnico Etnia Código		13. Ubicación de residencia Dirección residencia		Barrio	
Zona U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna			
Ciudad/ Municipio		Departamento		Teléfono fijo	
Teléfono móvil		Correo electrónico			
Específicos R. Subsidiado					
14. Nivel SISBÉN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		15. Población especial Código			
Específicos R. Contributivo (datos del empleador o de otro tipo de aportante)					
16. Tipo de aportante Código		17. Nombre o razón social		18. Tipo documento de identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/>	
19. Número documento de identificación		20. DV		21. Dirección	
22. Ciudad/ Municipio		23. Departamento		24. Correo electrónico	
25. Teléfono					
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DESIGNADO INSTITUCIONAL O DEL RESPONSABLE DE OFICIO					
26. Apellidos y nombres completos					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre		27. Tipo documento de identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		28. Número documento de identidad	
29. Institución /Entidad		30. Dirección		31. Municipio	
32. Teléfono		33. Correo electrónico			
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO Cónyuge o compañera permanente cotizante					
34. Apellidos y nombres completos		35. Tipo documento de identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		36. Número documento de identidad	
Primer apellido		Primer nombre			
Beneficiarios que dependen económicamente del cotizante o cabeza de familia					
37. Apellidos y nombres completos					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre		B1		B2	
B3		B4			
38. Tipo documento de identidad		39. Número documento de identidad		40. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	
41. Fecha de nacimiento D D M M A A A A					
B1 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		B2 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		B3 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>	
B4 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		B5 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>		B6 CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/>	
42. Ubicación de residencia					
Dirección residencia		Barrio		Ciudad/ Municipio	
Departamento		B1		B2	
B3		B4			
43. Nivel SISBÉN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		44. Parentesco Código		45. Tipo de discapacidad F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
46. Condición de discapacidad T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		47. Etnia Código		48. Grupo poblacional	
49. Fecha inicio UPC adicional (Lo diligencia la EPS)		50. Valor UPC adicional (Lo diligencia la EPS)			
D D M M A A A A					
B1 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		B2 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		B3 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
B4 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		B5 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		B6 I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	