

**FORMULARIO UNICO DE INSCRIPCION A EMPRESAS**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

  

FECHA DE RADICACION

  **DATOS EMPRESA**

TIPO ID APORTANTE	NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RAZON SOCIAL DEL APORTANTE				ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		
DIRECCION DE EMPRESA						
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO		
CORREO ELECTRONICO					EMPLEADOS	<input type="text"/>
ARL					CODIGO	<input type="text"/>
TIENE SUCURSALES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NUMERO DE SUCURSALES	<input type="text"/>
TIPO DE SECTOR	PUBLICO	<input type="checkbox"/>	PRIVADO	<input type="checkbox"/>	MIXTO	<input type="checkbox"/>
	PAGO DE APORTES DE MANERA CENTRALZADA				SI	<input type="checkbox"/>
					NO	<input type="checkbox"/>
SUCURSAL						
DIRECCION					TELEFONO	<input type="text"/>

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRONICO					TELEFONO	<input type="text"/>

**DATOS DE GESTION HUMANA**

PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRONICO					TELEFONO	<input type="text"/>
ARL	<input type="text"/>			CAJA DE COMPENSACION	<input type="text"/>	
NOMBRE DE PROMOTOR					CODIGO	<input type="text"/>

**ANEXOS**

CERTIFICACION DE EXISTENCIA	<input type="checkbox"/>	RUT	<input type="checkbox"/>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	------------------------	--------------------------

COOSALUD en cumplimiento de la Ley General de Protección de datos y sus Decretos reglamentarios, informa que al firmar este documento presta su consentimiento libre y expreso para que la entidad utilice sus datos personales con la finalidad de dar trámite a su requerimiento. Esta autorización también cubre el tratamiento de datos sensibles a los que haya lugar, y con la suscripción de la misma, declara que ha sido informado del carácter facultativo de la entrega de esta información. Lo invitamos a que conozca la Política de Tratamiento de la Información Personal la cual se encuentra disponible para su consulta en el sitio web [www.coosalud.com](http://www.coosalud.com) Si usted tiene alguna inquietud frente al manejo de la información puede formular consultas y reclamos mediante comunicación enviada a los canales de atención dispuestos en la política, especialmente al Área de Gestión Integral del Riesgo a través del correo [notificacionjudicial@coosalud.com](mailto:notificacionjudicial@coosalud.com), con el fin de ejercer sus derechos a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales o revocar la autorización otorgada para el tratamiento de los mismos.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ C.c: \_\_\_\_\_