

DISTRIBUCION GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACION Y/O

ACTUALIZACION DE EMPLEADORES

CONSECUTIVO

FECHA RADICACION

I. TRAMITE

1 AFILIACION PRIMERA VEZ

2 AFILIACION POR TRASLADO

NIT ADMINISTRADORA ANTERIOR

DV

FECHA INICIO DE LA VIGENCIA CON LA ARL

TARIFA ARL ANTERIOR

3 NOVEDAD

ADJUNTA COPIA DE

CARTA DE DESVINCULACION

CONSTANCIA DE AFILIACION

ANEXA RECIBOS

ARP ANTERIOR

Con este formulario se perfecciona la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y constituye el respectivo contrato de administración de Riesgos Laborales Ley 1562 de 2012, regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, en el Decreto 1295 de 1994.

II. DETALLE NOVEDAD

CAMBIO DE NUMERO DE IDENTIFICACION

TIPO DE DOC.

REPRESENTANTE LEGAL

INDIQUE EMPRESA ANTERIOR

TIPO DOC.

No. DE DOCUMENTO

CAMBIO DE RAZON SOCIAL

CAMBIO DE DIRECCION

RAZON SOCIAL O NOMBRE

CAMBIO ACTIVIDAD ECONOMICA

CENTRO DE TRABAJO

III. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

No. DE DOCUMENTO

TIPO DOC.

PERSONA JURIDICA

PERSONA NATURAL

COOPERATIVA TRABAJO ASOCIADO

AGREMIACION O ASOCIACION

OTRO

RAZON SOCIAL O NOMBRE

NUMERO DE SUCURSALES

NUMERO INICIAL DE TRABAJADORES

VALOR NOMINA

NUMERO CENTROS DE TRABAJO

PERIODO QUINCENAL DE PAGO

PERSONA RESPONSABLE CARGO

NATURALEZA ESTATAL PRIVADA

MIXTA

PAGO CONSOLIDADO DE APORTES SUCURSAL

ACTIVIDAD ECONOMICA

CODIGO

DOMICILIO PRINCIPAL

SECTOR

URBANO

RURAL

MUNICIPIO

DEPTO.

TEL.

FAX

CORREO ELECTRONICO

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

No. DE DOCUMENTO

TIPO DOC.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

CARGO

CORREO ELECTRONICO

IV. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO

COD NOV	CODIGO CENTRO	SUC PAG	ACTIVIDAD ECONOMICA	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	No. TRAB.	SUMINISTRA TRANSP.	CLASE RIESGO	TARIFA VINCULACION	DIRECCION	SECTOR	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO	FAX
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				
						SI NO		%		URBANO RURAL				

FIRMA DEL EMPLEADOR O SU REPRESENTANTE LEGAL

ARL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FUNCIONARIO QUE RECIBE

NOMBRE

CARGO

FIRMA

INTERMEDIARIO

SI NO

CLAVE

NOMBRE INTERMEDIARIO

TIPO DOC.

C E N P

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
INSTRUCTIVO FORMULARIOS DE AFILIACION
Y/O ACTUALIZACION DE EMPLEADORES

Señor Empleador bienvenido a la ARL, diligencie el formulario en letras legibles, sin enmendaduras, en original y copia.
Debe diligenciar un formulario por cada trámite que vaya a realizar, anexar los documentos que lo acrediten y firmar.

1. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio. El Sistema de Seguridad Social Integral está conformado, entre otros, por el Sistema General de Riesgos Laborales, por entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de seguros de Riesgos Laborales y por sociedades sin ánimo de lucro constituidas como entidades aseguradoras con el exclusivo objeto de otorgar a sus socios la cobertura por enfermedad Laboral y accidente de trabajo.

2. Este formulario de afiliación es el documento con el cual se incorpora al Sistema General de Riesgos Laborales al empleador y a cada uno de sus trabajadores independientes en particular. La afiliación se produce con el recibo por la Administradora de Riesgos Laborales del correspondiente formulario y se entiende efectuada el día siguiente, fecha desde el cual se iniciará la cobertura.

Para los efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, el ingreso de nuevos trabajadores debe reportarse a la entidad Riesgos Laborales a más tardar el día hábil siguiente al cual se produce la vinculación laboral, mediante el formulario de novedades - ingreso y retiro de trabajadores.

La entidad Administradora de Riesgos Laborales NO PODRA RECHAZAR LA AFILIACION DE NINGUN EMPLEADOR NI DE SUS TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

3. Como efecto de la afiliación, la entidad Administradora de Riesgos Laborales queda obligada a:

I. En favor de los trabajadores independientes del empleador debidamente afiliados y durante el tiempo de vigencia de la afiliación al reconocimiento y pago de las prestaciones asistenciales y económicas por Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral previstas en los artículos 5 y 7 del Decreto 1295 de 1994 y en las condiciones y términos señalados en el capítulo V del mismo decreto.

II. En favor del empleador y durante el tiempo de vigencia de la afiliación, a prestar los servicios de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud ocupacional de sus trabajadores, conforme con lo dispuesto en el artículo 35 del Decreto 1295 de 1994.

III. Administrar los recursos provenientes de las cotizaciones efectuadas por el empleador, conforme con las disposiciones del Decreto 1295 de 1994.

IV. Los demás deberes y obligaciones que en su condición de entidad de Riesgos Laborales le sean exigibles conforme con las disposiciones de la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994 y sus normas reglamentarias, así como por las disposiciones que las modifiquen o sustituyan.

4. Con la afiliación, el empleador traslada a la entidad Administradora de Riesgos Laborales los Riesgos por accidente de trabajo y enfermedad laboral de sus trabajadores independientes y le corresponde:

I. Pagar mensualmente las cotizaciones dentro de los 10 primeros días comunes del mes siguiente a aquel objeto de la cotización.

Las cotizaciones se determinarán de acuerdo con la actividad económica de la empresa, el índice de lesiones incapacitantes y el cumplimiento de los programas de salud ocupacional y podrán ser modificados anualmente de acuerdo con la variación de dichos factores.

En caso de mora en el pago de las cotizaciones, la entidad Administradora de Riesgos Laborales adelantará las acciones de cobro contra el empleador. Para tal efecto la liquidación mediante la cual la Administradora de Riesgos Laborales determine el valor adecuado prestará MERITO EJECUTIVO.

II. Procurar el cuidado integral de la salud de sus trabajadores y ejecutar y controlar el cumplimiento de los programas de salud ocupacional y procurar su financiamiento.

III. Informar a la Administradora de Riesgos Laborales las novedades de sus trabajadores, en cuanto a situaciones laborales, salario, traslado, vinculación y retiro.

IV. Notificar a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y las enfermedades Laborales dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la concurrencia del accidente o al diagnóstico de la enfermedad.

V. Informar sobre esta afiliación a sus trabajadores y a las entidades promotoras de salud a las que ellos estén afiliados.

VI. Llevar a cabo investigación de Salud Ocupacional según Res. 1401/2007, artículo 5.

5. La afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales del empleador y de sus trabajadores independientes a través de la entidad Administradora Riesgos Laborales, tendrá vigencia desde el día siguiente al del recibo de este formulario y hasta:

I. Cuando el formulario de novedades - ingreso de trabajadores se comunique a la Administradora de Riesgos Laborales la desvinculación de un trabajador.

II. Cuando transcurrido al menos dos (2) años de vigencia de la afiliación el empleador decida trasladarse a otra Administradora de Riesgos Laborales, caso en el cual deberá dar aviso mediante comunicación escrita a la entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliado, con por lo menos treinta (30) días comunes de antelación a la desvinculación.

6. La declaración del empleador sobre la actividad económica de sus centros de trabajo según la tabla de actividades económicas contenida en el Decreto 1831 de 1994, indicará la clasificación de la empresa para efectos de liquidación de las cotizaciones. Esta clasificación puede ser verificada y modificada por la Administradora de Riesgos Laborales, siguiendo el procedimiento señalado en los artículos 29 y 31 del Decreto 1295 de 1994.

Bienvenido a la Administradora de Riesgos Laborales, para registrar su afiliación como empleador al Sistema General de Riesgos Laborales proceda a diligenciar este Formulario.

Los espacios sombreados son para uso exclusivo de la ARL.

Diligencie el formulario en letra clara y legible sin BORRONES ni TACHONES, si presenta enmendaduras esto genera nulidad en el Formato.

I. TRAMITE

Marque con una equis (X) la casilla según se trate:

1. AFILIACION PRIMERA VEZ: Se debe marcar si se trata de una afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales (diligencie módulos III, IV).

2. AFILIACION POR TRASLADO: Se debe marcar si se traslada de otra Administradora de Riesgos Laborales. En este caso escriba la razón social y el NIT, de la anterior ARL, en la casilla correspondiente. Anexe copia solicitud de traslado, paz y salvo de los últimos tres recibos ARL anterior (diligencie módulos I, III, IV).

TARIFA ARL ANTERIOR: Escriba la tarifa que tenía en su anterior ARL.

3. DESAFILIACION: Se debe marcar si la empresa se retira del Sistema de Riesgos Laborales, por:

- Escisión por creación (Ley 222/95): Cuando la empresa se inactiva y se divide.

- Escisión por transformación (Ley 222/95): Cuando la empresa se divide pero queda parte de la empresa activa.

- Suspensión de actividades por parte del empleador menor a 120 días: Cuando la empresa suspende actividades y está debidamente autorizado.

- Liquidación de la empresa: Cuando la empresa suspende totalmente sus actividades.

- Fusión: Cuando la empresa es absorbida por otra empresa.

- Otros: Si la empresa se desafilia por una causal diferente a las mencionadas anteriormente y mencione Cuál?, Diligencie formato de novedades de trabajadores (diligencie los módulos según corresponda).

4. NOVEDAD: Se debe marcar si va a reportar una novedad, indique el nombre e identificación del empleador actualmente afiliado y diligencie lo correspondiente en el módulo II, III, IV) según corresponda.

II. DETALLE NOVEDAD

Marque con una equis (X) la casilla según corresponda:

- Cambio número de identificación: Cuando la empresa cambia de número de documento (indique la empresa anterior y diligencie módulos II, III).

- Cambio de razón social: Cuando la empresa cambia de nombre o razón social (indique la empresa anterior y diligencie módulos II, III).

- Cambio actividad económica: Cuando la empresa cambia la actividad que realiza (diligencie módulo III).

- Tipo Documento: Cuando la empresa cambia de Cédula de Ciudadanía a NIT.

- Cambio de dirección: Se debe marcar si cambió la ubicación de la empresa (diligencie módulo III).

- Representante Legal: Cuando la empresa cambia de representante legal.

- Centro de trabajo: Si va a ingresar, modificar o retirar un centro de trabajo (diligencie módulos III, IV).

III. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

No. DE DOCUMENTO: Escriba en las casillas el número con el cual se identifica su empresa y marque con una equis (X), según se trate el número de documento así: C si es Cédula de Ciudadanía, N si es Número de Identificación Tributaria, E si es Cédula de Extranjería o carnet diplomático y P si es Pasaporte.

Marque la casilla según sea el caso, si la empresa es: PERSONA JURIDICA, PERSONA NATURAL, COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO, AGREMIACION O ASOCIACION u OTRO (Describir).

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Escriba el nombre o razón social de la empresa, conforme al documento de identificación.

NUMERO DE SUCURSALES: Corresponde a un consecutivo de 3 dígitos, que inicia en 001, en forma ascendente.

NUMERO INICIAL DE TRABAJADORES: Registre el número total de trabajadores de la empresa.

VALOR NOMINA: Escriba el valor mensual de la nómina.

NUMERO CENTROS DE TRABAJO: Registre el número total de centros de trabajo (conforme a lo establecido en el artículo 1o. del Decreto 1530/96).

PERIODO DE PAGO: Colocar si es quincenal o mensual.

PERSONA RESPONSABLE DEL CARGO: Escriba el nombre de la persona encargada de la realizar el pago de su ARL.

NATURALEZA: Marque la casilla de acuerdo a la naturaleza de la empresa pública, privada o mixta.

PAGO DE APORTES: Marque la casilla si la empresa hace el pago consolidado o por sucursal.

ACTIVIDAD ECONOMICA: Escriba la actividad económica principal que realiza la empresa.

CODIGO: Escriba el código de la actividad económica según la tabla de actividades económicas definido por el Gobierno Nacional, asignado por la persona autorizada por la ARL.

DOMICILIO PRINCIPAL: Escriba la dirección del sitio o lugar donde se ubica la sede principal.

SECTOR: Marque con una equis (X) la casilla según corresponda si el sector donde se encuentra el centro de trabajo es urbano o rural.

MUNICIPIO / DEPARTAMENTO: Escriba el nombre de la ciudad/municipio y departamento, donde desarrolla las actividades la sede principal (los códigos de municipio y departamento son los de DIVIPOL - DANE y la ARL que los asigna en la base de datos).

TELEFONO / FAX: Escriba el número de teléfono y fax, de la sede principal.

CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico o e-mail de la empresa.

INFORMACION REPRESENTANTE LEGAL

No. DE DOCUMENTO: Escriba en las casillas el número con el cual se identifica el representante legal, marque con una equis (X), según se trate el número de documento, así: C si es Cédula de Ciudadanía, E si es Cédula de Extranjería o carnet diplomático, P si es Pasaporte y T.I. Si es Tarjeta de Identidad.

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: Escriba el nombre del representante legal de la empresa conforme al documento de identidad.

CARGO: Escriba el cargo del representante legal o responsable.

CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico.

IV. CENTROS DE TRABAJO

COD. NOVEDAD: Escriba la novedad según corresponda (1 - Apertura centro de trabajo, 2 - Cierre centro de trabajo, 3 - Cambio de actividad del centro de trabajo (anexe resolución o autorización de la ARL), 4 - Modificación de la clase de riesgo, 5 - Cambio en el suministro de transporte, 6 - Cambio de dirección o teléfono.

CODIGO CENTRO DE TRABAJO: Corresponde a un consecutivo de tres (3) dígitos, que inicia en 001, en forma ascendente conforme al número de centros de trabajo que posea la empresa por sucursal.

SUC. PAG.: Marque con una equis (X) si es sucursal pagadora de aportes.

ACTIVIDAD ECONOMICA: Escriba el nombre de la actividad económica que realiza el centro de trabajo.

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA (CIU): Escriba el código de la actividad económica asignado por la persona autorizada por la ARL.

NUMERO INICIAL DE TRABAJADORES: Escriba el número total de trabajadores del centro de trabajo.

SUMINISTRA TRANSPORTE: Marque con una equis (X) la casilla según corresponda si el empleador suministra transporte propio o contratado para distribución de sus productos o servicios.

CLASE DE RIESGO: Es asignada por la persona autorizada por la ARL.

TARIFA DE VINCULACION: Es asignada por la persona autorizada por la ARL.

DIRECCION: Escriba la dirección donde está ubicado el Centro de Trabajo.

SECTOR: Marque con una equis (X) la casilla según corresponda si el sector donde se encuentra el centro de trabajo es urbano o rural.

MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad / municipio, donde desarrolla las actividades el Centro de Trabajo.

DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento, donde desarrolla las actividades el Centro de Trabajo.

TELEFONO / FAX: Escriba el número de teléfono y fax del Centro de Trabajo.

FIRMA DEL EMPLEADOR O SU REPRESENTANTE LEGAL: Firma del empleador o del representante legal de la empresa.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ARL: Espacio reservado para la firma del representante legal o funcionario autorizado.

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE: Espacio reservado para el nombre, firma y cargo del funcionario que recepciona el formulario.

INTERMEDIARIO: Espacio reservado para ARL para el ingreso de datos intermediarios por parte Comercial si aplica o señalar NO cuando no registra.

NOTAS FINALES:

No olvide, una vez asignada la tarifa de Riesgos Laborales, liquidar los aportes mensuales teniendo en cuenta esta tarifa.

- Señor empleador usted dispone de quince (15) días hábiles para solicitar por escrito a la ARL la modificación de la clasificación inicialmente asignada.

Cualquier consulta adicional con gusto lo atendemos en la línea 018000 111170 desde cualquier lugar del país sin costo alguno en Bogotá 330 7000.

