



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

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Para uso exclusivo de Colsanitas ARL			
Número de radicación	Oficina*	Asesor*	Nombre grupo económico
Intermediación	Clave	Nombre Intermediario	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

I. DATOS DEL TRÁMITE	
1. Tipo de trámite*	
A. Afiliación nueva al SGRL <input type="checkbox"/> B. Traslado de ARL <input type="checkbox"/> C. Terminación de la afiliación <input type="checkbox"/> D. Actualización de datos <input type="checkbox"/>	Cód <div>Motivo de terminación</div>
2. Naturaleza jurídica*	
Cód <div>Naturaleza Jurídica del empleador</div>	3. Tipo de aportante*
	Cód <div>Tipo de aportante del empleador</div>

II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR	
1. Apellidos y Nombres o Razón Social*	
2. Tipo de documento* 3. Número de documento* - 4. NIT descentralizado (emp. públicas)	
5. Responsable de IVA* 6. Responsabilidad fiscal*	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> Autorretenedor <input type="checkbox"/> Régimen simple de tributación <input type="checkbox"/> Agente de retención en el IVA <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
7. Act. Eco. CIU* 8. Correo Electrónico para facturación*	
Click para descargar o visualizar anexo actividades económicas y ocupaciones	
<div></div>	

9. Datos del Representante Legal*						
Primer Apellido*	Segundo Apellido	Primer Nombre*	Segundo Nombre	Tipo doc.*	Número del documento*	Teléfono Fijo o Celular*
Correo electrónico*		Fecha de expedición del documento*				

III. DATOS DEL TRABAJADOR PARA LA CREACIÓN DEL USUARIO PRINCIPAL DEL PORTAL EMPLEADOR						
10. Datos del Trabajador*						
Primer Apellido*	Segundo Apellido	Primer Nombre*	Segundo Nombre	Tipo doc.*	Número del documento*	Teléfono Fijo o Celular*
Correo electrónico*		Cargo*				

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS						
1. Datos sede principal*						
Código	Nombre de la sede* Dirección de la sede*					
Departamento*	Municipio* Zona* Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Teléfono Fijo o Celular* Correo Electrónico*					
2. Datos del encargado de la Nómina*						
Primer Apellido*	Segundo Apellido	Primer Nombre*	Segundo Nombre	Tipo doc.*	Número del documento*	Cargo*
Teléfono Fijo o Celular*		Correo electrónico*				
3. Datos del encargado del SG-SST*						
Primer Apellido*	Segundo Apellido	Primer Nombre*	Segundo Nombre	Tipo doc.*	Número del documento*	Cargo*
Teléfono Fijo o Celular*		Correo electrónico*				

V. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO A. AFILIACIÓN O B. TRASLADO	
1. Código de la Actividad económica Principal* Click para descargar o visualizar anexo actividades económicas y ocupaciones	
2. Clase de riesgo* 3. Número de Sedes*	
4. Número de Centros de Trabajo* 5. Número inicial de trabajadores* Valor aportes mensual*	

VI. ARL PREVIA (APLICA ÚNICAMENTE PARA TRASLADOS)	
1. ARL de la cual se traslada*	2. Estado de cuenta del empleador* Al día <input type="checkbox"/> Acuerdo de pago <input type="checkbox"/> En mora <input type="checkbox"/> Incumplimiento acuerdo de pago <input type="checkbox"/>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/> 1. Autorización para que la ARL reporte la información que se genere de la afiliación de las novedades al SAT y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.*	
<input type="checkbox"/> 2. Autorización para que la ARL maneje los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto número 1377 de 2013 compilado en el Decreto número 1074 de 2015 Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.*	
<input type="checkbox"/> 3. Autorización para que el SAT o la ARL envíe información relacionada con la afiliación o novedades del SGRL, al correo electrónico o al celular como mensajes de texto*.	

VIII. SOLICITUD USUARIO PRINCIPAL - PORTAL EMPLEADORES COLSANITAS ARL

- ☐ Acepto los términos y condiciones de uso de la página web y oficina virtual de la Compañía de Seguros Colsanitas S.A. y tratamiento de datos personales, que se encuentran publicados en la pagina web [www.colsanitasseguros.com](http://www.colsanitasseguros.com) opción Términos y condiciones.\*
- Recuerde que la función primordial del usuario principal seleccionado es la de crear otros usuarios dentro de la empresa. Colsanitas Seguros se reserva el derecho a la creación de usuarios del portal empleador.

VIII. FIRMAS



CARLOS E. HERNÁNDEZ

1. Nombre y firma del empleador o representante legal.\*
2. Nombre y Firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales\*
3. Sello o firma de recepción del documento.\*

"Se recomienda abrir el archivo en PDF Adobe Acrobat, el cual puede descargar en el siguiente link: <https://get.adobe.com/es/reader/>"

Formulario no valido sin el sello o firma de radicación del documento por parte de la Compañía de Seguros Colsanitas S.A.

Recuerde que con la firma al final del formulario valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas y perfecciona la afiliación o el traslado al Sistema General de Riesgos Laborales y se constituye el respectivo contrato de administración de riesgos laborales, regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, el Decreto 2885 de 1994, la Circular Básica Jurídica (C.E.029/14) de la Superfinanciera Financiera de Colombia, la Ley 776 de 2002, Ley 884 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y demás normas que los modifican adicionan o complementan.

El anexo de sedes y centros de trabajo hace parte integral de este formulario

Click para descargar anexo de sedes y centros de trabajo 

CLASIFICACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

Este documento es clasificado como **“Confidencial”**. El presente documento es propiedad del grupo Keralty y está restringido a los funcionarios de la organización que cuenten con la autorización expresa para su consulta. No se permite la reproducción total o parcial de este documento, así como su transmisión a terceros sin la autorización del responsable designado por el grupo Keralty.

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

Este documento es de uso reservado del grupo Keralty y su copia debe ser controlada y registrada de acuerdo a los procedimientos establecidos por la organización. Su distribución se debe realizar de acuerdo a la lista definida en la tabla de distribución maestra SGSI. Todo cambio realizado a este documento debe ser controlado, documentado de acuerdo al procedimiento de control documental y registrados en la tabla de control de cambios del presente documento.

INSTRUCCIONES GENERALES

Puede diligenciar este formulario en forma digital, es decir, en Excel para posterior impresión y firma por parte del representante legal.

Si lo diligencia en físico utilice tinta de color negro, escriba en letra imprenta y sin tachones ni enmendaduras.

Debe diligenciar las hojas "Formulario de afiliación" y "SEDEes y Centros de Trabajo"

Todos los campos con un asterisco son obligatorios.

Si presenta dudas en el diligenciamiento del formulario por favor comunicarse a nuestra línea de atención que se encuentra publicada en nuestra página web [www.colsanitasseguros.com](http://www.colsanitasseguros.com)

La fecha de inicio de cobertura debe ser superior a la fecha de radicación.

A continuación encontrará el instructivo para el diligenciamiento de cada campo del formulario.

ENCABEZADO

**Fecha de radicación:** Este dato corresponde a la fecha en que la Administradora de Riesgos Laborales - ARL recibe físicamente el formulario de afiliación y traslado del empleador al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL

**Fecha de inicio de cobertura:** Este dato se registra en formato día-mes-año

**Fecha fin de cobertura:** Este dato se registra en formato día-mes-año

I. DATOS DEL TRAMITE

Estos datos se refieren a la descripción del trámite que se realiza mediante la suscripción del "Formulario de afiliación y reporte de novedades del empleador al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL" por tanto, son obligatorios para el responsable de la afiliación cuando se registre una solicitud o una novedad del empleador de ARL.

1. Tipo de trámite

- A. Afiliación:** Aplica cuando se registra una afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, en condición de empleador, siempre que se cumplan las condiciones para ello.
- B. Traslado:** Aplica cuando se registra una solicitud de novedad de ARL por parte del empleador, en cumplimiento de las reglas definidas en las normas que rigen para este trámite.
- C. Terminación de la afiliación:** Aplica cuando se registra la terminación de la afiliación del empleador con una ARL.Los valores permitidos son:

Cód.	Motivo de terminación	Cód.	Motivo de terminación
1	Cancelación por liquidación de empresa	5	Cancelación por cambio de NIT
2	Cancelación por sustitución patronal	6	Cancelación por retiro masivo de trabajadores
3	Cancelación por fusión	7	Cancelación por cese de actividades definitivas
4	Cancelación por absorción	8	Decisión unilateral de terminar el contrato

- D. Actualización de datos:** Aplica cuando se desea actualizar los datos ante la ARL por parte del empleador.

**2. Naturaleza Jurídica del empleador:** Lo suministra quien realiza la afiliación. Identifique la naturaleza jurídica del empleador y escriba el código correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:

Cód.	Naturaleza Jurídica del empleador
1	Pública
2	Privada
3	Mixta
4	Organismos Multilaterales
5	Entidades de derecho público no sometidas a la legislación colombiana

**3. Tipo de Aportante:** Lo suministra quien realiza la afiliación. Identifique el tipo de afiliado y escriba el código correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:

Cód.	Tipo de aportante del empleador
01	Empleador
03	Entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción
05	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado
06	Misión diplomática, consular o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana
09	Pagador de aportes contrato sindical

II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR

- 1. Apellidos y nombres o razón social:** Lo suministra el empleador, escriba el nombre completo de la razón social o el nombre completo del empleador.
- 2. Tipo de documento:** Debe colocar en las casillas correspondientes el código del tipo de documento de identificación según corresponde de acuerdo con las siguientes opciones:

Cód.	Tipo de documento de identificación
NI	Número de identificación tributaria
CC	Cédula de ciudadanía, es el documento expedido por la registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Reporte de Extranjeros. La vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar cédula de extranjería, y de los Extranjeros, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carnet diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en la embajada, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administradora Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cedula de extranjería.
PE	Permiso especial de permanencia, es un documento expedido por el Ministerio de Relaciones Exteriores mediante la Resolución 5797 de 2017 o norma que la modifique o sustituya, para los nacionales venezolanos.
PT	Permiso temporal permanente, es un documento para los nacionales venezolanos.

3. Numero del documento de identificación.

Es el número e identificación tributaria de la persona jurídica o el número con el cual se identifica como persona natural y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identificación.
4. NIT descentralizado:

dato que aplica para empresas públicas.

Consecutivo NIT descentralizado: Número consecutivo complementario al número del documento de identificación del empleador cuando las entidades descentralizadas hacen uso de un mismo NIT. Cuando no se cuente con NIT descentralizado se deberá colocar el valor cero (0).
5. Responsable de IVA:

información que suministra el empleador de acuerdo a su información contable.
6. Responsabilidad fiscal:

información que suministra el empleador de acuerdo a su información contable.
7. Act. Eco. CIU:

Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas (CIU).Es una clasificación de actividades económicas por procesos productivos que clasifica unidades estadísticas con base en su actividad económica principal. Información que se encuentra en el Rut del empleador.
8. Correo electrónico para facturación:

Es el correo electrónico suministrado en el procedimiento de habilitación por parte del facturador electrónico, para larecepción de la factura electrónica.
9. Datos de representante legal

Apellidos y nombres del representante legal. Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identificación.

Primer apellido

Segundo apellido (Cuando aplique)

Primer nombre

Segundo nombre (Cuando aplique)

**Tipo de documento de identificación:** Debe colocar en las casillas correspondientes el código del tipo de documento de identificación del representante legal según corresponde de acuerdo con las siguientes opciones:

Cód.	Tipo de documento de identificación
CC	Cédula de ciudadanía, es el documento expedido por la registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad
CD	Carnet diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en la embajada, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Reporte de Extranjeros. La vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar cédula de extranjería, y de los Extranjeros, y de los extranjeros menores de 7 años.
PE	Permiso especial de permanencia, es un documento expedido por el Ministerio de Relaciones Exteriores mediante la Resolución 5797 de 2017 o norma que la modifique o sustituya, para los nacionales venezolanos.
SC	Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administradora Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cedula de extranjería.
TI	Tarjeta de identidad, es el documento expedido por la Registraduria Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía
PT	Permiso temporal permanente, es un documento para los nacionales venezolanos.

- Número del documento de identificación:

Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura e el documento de identificación.
- Teléfono fijo o celular:

Debe escribir el teléfono fijo o celular del representante legal.
- Correo electrónico:

Debe escribir la cuenta de correo institucional, inclusive caracteres especiales.
- Fecha Exp. Documento:

Corresponde a la fecha de expedición del documento de identidad del representante legal.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**1. Datos sede principal:** Estos datos aplican para la afiliación de empleador.

- Código
- Nombre de la sede principal
- Dirección de la sede
- Departamento
- Municipio/Distrito
- Zona: Urbana o rural donde se ubica la sede principal
- Teléfono fijo o celular
- Correo electrónico

En el caso de Bogotá D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá D.C.

**2. Datos del encargado de la Nómina y Oficina Virtual ARL Colsanitas, 3. Datos del encargado del SG-SST y 4. Datos del encargado del reporte ATEL.** Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identificación.

- Primer apellido
- Segundo apellido (Cuando aplique)
- Primer nombre
- Segundo nombre (Cuando aplique)
- Tipo de documento
- Número del documento
- CargoTeléfono fijo o celular
- Correo electrónico

IV. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO A. AFILIACIÓN O B. TRASLADO

1. Código de la actividad económica principal.

Código que se encuentra asignado en la tabla de clasificación de actividades económicas para el Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1607 de 2002 o aquel que lo modifique, adicione o sustituya. En el presente formulario se encuentra el listado de las actividades.
2. Clase de riesgo:

Identifique y marque con una X la clase de riesgo de quien realiza la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL de acuerdo con las siguientes opciones:

Cód.	Clase de riesgo
I	Clase I
II	Clase II
III	Clase III
IV	Clase IV
V	Clase V

3. Numero de sedes:

Corresponde al numero de sedes con que cuenta el empleador que se afilia al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL
4. Numero de centros de trabajo:

Corresponde al numero de centros de trabajo con que cuenta el empleador que se afilia al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL
5. Numero inicial de trabajadores:

Numero de trabajadores con que cuenta el empleador al momento de afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL.
6. Valor aportes mensual:

Corresponde al promedio de aportes mensuales que se va a realizar a Colsanitas ARL.

V. ARL PREVIA (APLICA ÚNICAMENTE PARA TRASLADOS)

1. ARL de la cual se traslada: Nombre de la ARL de la cual se traslada el empleador.

Cód.	Nombre de ARL
14-04	Seguros de Vida Colpatria SA
14-07	Cía. De Seguros Bolívar SA
14-08	Compañía de Seguros de Vida Aurora
14-17	Seguros de vida Alfa SA
14-23	Positiva compañía de Seguros
14-25	Riesgos Profesionales Colmena SA Compañía de Seguros de Vida
14-11	Compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida
14-29	La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo - La Equidad Vida
14-30	Mapfre Colombia Vida Seguros SA

2. Estado de cuenta del empleador: Identifique y marque con una X según corresponda las siguientes opciones.

Estado de pago de aportes del empleador a la ARL
<input type="checkbox"/> Al día
<input type="checkbox"/> En mora
<input type="checkbox"/> Con acuerdo de pago
<input type="checkbox"/> Incumplimiento acuerdo de pago

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Autorización para que las ARL reporten la información que se genere de afiliación o de novedades al SAT y a las entidades públicas que por sus funciones se requieran.
2. Autorización para que la ARL manejen los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2014 Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
3. Autorización para que el SAT o la ARL envíe información relacionada con la afiliación o novedades al SGRL al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda, de conformidad con la normatividad vigente, que tenga a su cargo la afiliación o el reporte de novedades.

- En las casillas 1, 2 y 3 debe ir la firma de:
2. El nombre y firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales. Con la firma contenida.
3. Sello o firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales que recibe el documento e indicar fecha de la recepción del mismo.
- Con la firma contenida en el numeral 1 el responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autorizaciones contenidas en el V del formulario.

ANEXO INFORMACIÓN DE SEDES Y CENTROS DE TRABAJO

A. INFORMACIÓN DE LAS SEDES: Estos datos aplican para cada una de las sedes con las que cuenta el empleador, incluyendo la principal.

1. Datos de la sede
- Código sede
- Nombre de la sede
- Dirección
- Departamento
- Municipio
- Zona
2. Datos del responsable de la sede
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre
- Tipo de documento (según tabla "tipo de documento del representante legal")
- Número de documento
- Teléfono fijo / celular
- Correo electrónico

A. INFORMACIÓN DE LOS CENTROS DE TRABAJO: Estos datos aplican para cada uno de los centros de trabajo los que cuenta el empleador.

- Código centro de trabajo
- Nombre del centro de trabajo
- Código actividad económica
- Clase de riesgo (según tabla "clase de riesgo")
- Numero de trabajadores y estudiantes en práctica formativa