

BENEFICIARIOS DE TRABAJADORES AFILIADOS SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

							No. De Radicación	Fecha de Radicación DD/MM/AAAA	
I. DATOS DE	EL EMPLEA	DOR			(Lea las instr	ucciones que se encue	ntran anexas al formulario	o antes de diligenciarlo)	
Nombre o Razon Social Tipo de documento de Identificación				:	3. Número de document	o de Identificación			
4. Cod. Centro de Trabajo				;	5. Nombre Centro de tra	abajo			
Apellidos y Tipo de Do		Primer	Apellido	Segundo Ap	pellido nero de Documento de	Primer Nombre	Seg	undo Nombre	
de Identificac				J. 14ui	Identificación				
6. Residencia	a	1	Dirección	1	Telefono Fijo	Telefono Celula	ar Correc	o Electronico	
Municipio/Distrito			Zona	Urbana	Rural		ad/Comuna	Departamento	
III. DATOS I		NEFICIARIOS				Localid	ad/Oditidila	Departamento	
No. Código Id		Identificación	Nombres y apellidos del beneficiario			Código tipo de beneficiario	Sexo	Fecha de nacimiento	
IV. DILIGEN	CIAMIENT	O EN CASO DE SER	REQUERIDO POR LA AF	RL					
Administrado									
Formulario de	e afiliación N	0.							
		Firma	a trabajador		Firma y sell	de recepción COMPA	ÑÍA DE SEGUROS COL	SANITAS S.A.	
Nombre					Lugar, fech	Lugar, fecha y hora de recepción			

Nombre persona que recibe

INSTRUCTIVO

CC

Para el diligenciamiento del formulario se establecen los siguientes códigos:

Códigos de documento de identidad

Cedula de Ciudadania

Camet Diplomatico

CE Cedula de Extranjeria

Numero de Identificación Tributaria

PA Pasaporte

Permiso Especial de Permanencia

Salvoconducto de Permanencia

b) Códigos de beneficiarios

- Cónyuge
- Compañera(o) permanente
- Hijos menores de 18 años y/o estudiantes menores de 25 años
- Hijos inválidos, cuando dependan económicamente del trabajador
- Padres, cuando dependan económicamente del trabajador
- Hermanos inválidos cuando dependan económicamente del trabajador