




Número de radicación	Fecha de radicación*	Fecha de inicio de cobertura*
	Día Mes Año	Día Mes Año

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite*		2. Tipo de Afiliación*		3. Tipo de Aportante* Seleccione código	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		Código <input type="text"/>	
4. Tipo de Afiliado*					
A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Dependiente trabajador de tiempo parcial con varios empleadores <input type="checkbox"/> C. Independiente <input type="checkbox"/> D. Independiente voluntario a riesgos laborales <input type="checkbox"/> E. Trabajador penitenciario <input type="checkbox"/>					
F. Estudiante <input type="checkbox"/> G. Voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales <input type="checkbox"/> H. Servicios de utilidad pública <input type="checkbox"/>					
I. Promotor del servicio Social para la paz <input type="checkbox"/> J. Ley de segundas Oportunidades <input type="checkbox"/> Código <input type="text"/> 					
5. Subtipo de cotizante*					
A. Pensionado <input type="checkbox"/> B. Conductor servicio Público <input type="checkbox"/> C. Otro subtipo <input type="checkbox"/> Código* <input type="text"/>					

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN - EMPLEADOR O CONTRATANTE

Datos Básicos*							
6. Nombres o Razón Social*							
7. Tipo de documento de identificación*		8. Número del documento o NIT* .					
9. Datos Generales*							
Dirección*		Departamento*		Municipio*		Localidad/Comuna	
Zona* Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo o Celular*		Correo Electrónico*			
10. Código de la actividad económica*  		11. Clase de riesgo*					

A. Afiliación (Obligatorio solo si tipo de Trámite es A)





III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

12. Datos del trabajador*											
Primer Apellido*		Segundo Apellido		Primer Nombre*		Segundo Nombre		13. Tipo doc.*		14. Número del documento*	
15. Sexo identificación* Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?											
16. Fecha de nacimiento*		Día Mes Año									

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO

Datos personales							
17. Salud- EPS*		18. Pensiones- AFP*		19. Ingreso Base de CotizaciónIBC*:		Salario fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>	
20. Dirección*		Departamento*				Valor IBC:*	
Municipio*		Zona* Urbana Rural		Teléfono Fijo o Celular*		Correo Electrónico*	

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE EJECUCIÓN DEL TRABAJO, PRÁCTICA, O ACTIVIDAD POR LA CUAL SE EFECTÚA AFILIACIÓN O NOVEDAD

21. Modalidad* A. Presencial <input type="checkbox"/> B. Teletrabajo <input type="checkbox"/> C. Trabajo en casa <input type="checkbox"/> D. Trabajo remoto <input type="checkbox"/>									
22. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa*									
Cód. Sede*		Cód. Centro de trabajo*		23. Cód. Actividad económica*  		24. Clase de riesgo*			
25. Código de la ocupación u oficio (solo aplica para independientes voluntarios)*  									
26. Sitio de trabajo*									
Dirección*		Departamento*		Municipio*		Localidad/Comuna			
Zona* Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo o Celular*		Correo Electrónico*					

Continuación de la resolución: " Por la cual se adopta el Formulario Único de Ialiciación y Reporte de Novedades al Sisloma General de Riesgos Laborales"

VI. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE EJECUCIÓN DEL TRABAJO, PRÁCTICA, O ACTIVIDAD POR LA CUAL SE EFECTÚA AFILIACIÓN O NOVEDAD

Datos trabajador dependiente*

27. Denominación del cargo o del empleo									
Datos trabajador dependiente de tiempo parcial con varios empleadores*									
28. Denominación del cargo o del empleo									
Datos trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes									
29. Tipo de contrato		30. Fecha Inicial Día Mes Año		31. Fecha Final Día Mes Año		32. Valor total honorarios		33. Valor mensual* honorarios	

Datos trabajador independiente voluntario a Riesgos Laborales*

34. Fecha Inicial Día Mes Año		35. Fecha Final Día Mes Año		Descripción del cargo					
--------------------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Datos trabajador penitenciario*

36. Fecha Inicial Día Mes Año		37. Fecha Final Día Mes Año		38. Actividad Principal					
--------------------------------------	--	------------------------------------	--	-------------------------	--	--	--	--	--

Datos Estudiantes*

39. Fecha Inicial Día Mes Año		40. Fecha Final Día Mes Año		41. Actividad Principal				42. Actividad Secundaria	
--------------------------------------	--	------------------------------------	--	-------------------------	--	--	--	--------------------------	--

Datos de voluntario en primera respuesta solo aportes riesgos laborales*

43. Fecha Inicial Día Mes Año		44. Fecha Final Día Mes Año							
--------------------------------------	--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Datos de mujer cabeza de familia que presta servicios de utilidad pública*

45. Fecha Inicial Día Mes Año	46. Fecha Final Día Mes Año	47. Actividad de apoyo
----------------------------------	--------------------------------	------------------------

Datos del promotor del servicio social para la paz*

48. Fecha Inicial Día Mes Año	49. Fecha Final Día Mes Año	50. Actividad de apoyo
----------------------------------	--------------------------------	------------------------

Datos del trabajador ley segundas oportunidades*

51. Fecha Inicial Día Mes Año	52. Fecha Final Día Mes Año	
----------------------------------	--------------------------------	--

Datos del interno de medicina*

53. Fecha Inicial Día Mes Año	54. Fecha Final Día Mes Año	55. Remuneración por apoyo mensual que recibe el estudiante interno de medicina no inferior o superior a 1 SMLV
----------------------------------	--------------------------------	---

Datos relacionados con la dedicación de tiempo destinado a la ejecución del trabajo o la práctica formativa (aplica para trabajadores dependientes y estudiantes).

56. Jornada establecida
A. Jornada única ☐ B. Turnos ☐ C. Rotativa ☐

B. Reporte de novedades (Obligatorio solo si tipo de trámite es B)

VII. DATOS DE AQUIEN SE LE REPORTA LA NOVEDAD

57. Tipo de Novedad*

<input type="checkbox"/> 1. Ingreso	<input type="checkbox"/> 2. Retiro	<input type="checkbox"/> 3. Retiro por muerte del afiliado	<input type="checkbox"/> 4. Incapacidad temporal por enfermedad general
<input type="checkbox"/> 5. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral	<input type="checkbox"/> 6. Vacaciones	<input type="checkbox"/> 7. Suspensión del contrato de trabajo, práctica formativa, trabajo penitenciario indirecto, licencia no remunerada o servicio de utilidad pública	<input type="checkbox"/> 8. Licencia de maternidad o paternidad
<input type="checkbox"/> 9. Modificación datos básicos de identificación del afiliado	<input type="checkbox"/> 10. Actualización y corrección de datos complementarios del afiliado	<input type="checkbox"/> 11. Modificación Ingreso base de cotización	<input type="checkbox"/> 12. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación
<input type="checkbox"/> 13. Corrección de datos básicos de identificación del responsable de la afiliación	<input type="checkbox"/> 14. Variación Centro de trabajo, practica o actividad	<input type="checkbox"/> 15. Cambio de ocupación y oficio del afiliado	<input type="checkbox"/> 16. Traslado de ARL
	<input type="checkbox"/> 17. Licencia parental flexilble de tiempo parcial	<input type="checkbox"/> 18. Otras licencias o permisos remunerados ¿Cuál?	

58. Datos de identificación de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación)

Datos del trabajador*

Primer Apellido*	Segundo Apellido	Primer Nombre*	Segundo Nombre	Tipo doc.*	Número del documento*
------------------	------------------	----------------	----------------	------------	-----------------------

Continuación de la resolución: " Por la cual se adopta el Formulario Único de Aliliacion y Reporte de Novedades al Sisloma General de Riesgos Laborales"

59. Datos complementarios de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación)

Datos personales

Salud - EPS*	Pensiones- AFP*	Ingreso base de cotización IBC*
--------------	-----------------	---------------------------------

Residencia*

Dirección*	Departamento*	Municipio*	Localidad/Comuna
------------	---------------	------------	------------------

Zona Urbana ☐ Rural ☐

Teléfono Fijo o Celular*

Correo Electrónico*

60. Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas



Fecha Inicial Día Mes Año	Fecha Final Día Mes Año	61. Administradora de Riesgos Laborales (anterior)
------------------------------	----------------------------	--

62. Licencia parental

Flexible de tiempo parcial	Hora de inicio	Hora de Finalización		
----------------------------	----------------	----------------------	--	--

63. Datos relacionados con el sitio de trabajo, práctica, o actividad por la cual se efectúa la novedad

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa

A. Cód. Sede principal*	B. Cód. Centro de trabajo*	C. Cód. Actividad económica*  	D. Clase de riesgo*
-------------------------	----------------------------	--	---------------------



Sitio de trabajo*

Dirección*	Departamento*	Municipio*	Localidad/Comuna
------------	---------------	------------	------------------

Zona Urbana ☐ Rural ☐

Teléfono Fijo o Celular*

Correo Electrónico*

Código de la ocupación u oficio (solo aplica para independientes voluntarios)  

Clase de riesgo*

VIII. AUTORIZACIONES

☐ 64. Autorización para que la ARL reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran

☐ 65. 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

☐ 66. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IX. FIRMAS

		
67. Nombre y firma responsable de la afiliación / Afiliado	63. Nombre y Firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales	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.

Con la firma contenida en el numeral 67 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autorizaciones contenidas en el capítulo VIII del formulario

X. ANEXOS (Cuando la afiliación sea de un trabajador independiente, se deberá presentar los siguientes documentos ante la Administradora de Riesgos Laborales selecciona.)

<input type="checkbox"/> 69. Fotocopia del documento de identificación	<input type="checkbox"/> 70. Formato diligenciado de la identificación de peligros	<input type="checkbox"/> 71. Certificado de resultados del examen pre-ocupacional
--	--	---

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

ARL Código Clausulado 20/08/2024-1433-P-39-000000000000001-D00I
Código NT 20/08/2024-1433-NT-P-39-0000000000000001

Para su comodidad, hemos preparado un breve instructivo que le orientará paso a paso y le ayudará a resolver cualquier inquietud relacionada con el diligenciamiento del formulario.
Nuestro objetivo es facilitar el proceso y brindarle una experiencia ágil y sencilla.

Click aquí **para conocer el instructivo** 