



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES DE TRABAJADORES, CONTRATISTAS Y ESTUDIANTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

No. de solicitud	Fecha de radicación			Fecha inicio de cobertura		
	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

I. Datos del Trámite

Tipo de trámite	Tipo de afiliación		Tipo de aportante		
Afiliación <input type="radio"/>	Reporte de novedades <input type="radio"/>	Individual <input type="radio"/>	Colectiva <input type="radio"/>	Código _____	
Tipo de afiliado	Código	Subtipo de afiliado		Código	
Dependiente <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Conductor servicio público <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>

II. Datos de Identificación del Responsable de la Afiliación

Nombre o razón social	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad	
Ubicación / Sede principal			
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	Urbana <input type="radio"/>	Rural <input type="radio"/>	
Código de la actividad económica	Clase de riesgo		

III. Datos Básicos de Identificación del Afiliado

Apellidos y Nombres	Fecha de nacimiento		
	DD	MM	AAAA
Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad	Sexo	
		Femenino <input type="radio"/>	Masculino <input type="radio"/>

IV. Datos Complementarios del Afiliado

Entidad promotora de salud - EPS	Administradora de pensiones	Ingreso base de cotización - IBC	
Residencia			
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	Urbana <input type="radio"/>	Rural <input type="radio"/>	

V. Datos Relacionados con el Sitio de Trabajo o del Lugar Donde se Realiza la Práctica Formativa

Modalidad	Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa		
Presencial <input type="radio"/>	Teletrabajo <input type="radio"/>	Sede principal <input type="radio"/>	Centro de trabajo <input type="radio"/>
Clase de riesgo	Código de la actividad económica	Código de la ocupación u oficio	
Sitio de trabajo			
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	Urbana <input type="radio"/>	Rural <input type="radio"/>	

VI. Datos sobre Condiciones Pactadas para la Ejecución del Trabajo o la Práctica Formativa

Datos trabajador dependiente

Denominación del cargo o del empleo

Datos trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.

Tipo de contrato	Fecha inicial			Fecha final			Valor total honorarios	Valor mensual honorarios
	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA		

Datos trabajador independiente voluntario a riesgos laborales

Fecha inicial	Fecha final				
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

Datos Estudiantes

Fecha inicial	Fecha final			Actividad principal	Actividad secundaria		
DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA		

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

Jornada establecida

Jornada única Turnos Rotativo

VII. Datos de Reporte la Novedad

Tipo de novedad

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ingreso | <input type="radio"/> Retiro | <input type="radio"/> Retiro por muerte del afiliado |
| <input type="radio"/> Incapacidad temporal por enfermedad general | <input type="radio"/> Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional | <input type="radio"/> Vacaciones, licencia remunerada |
| <input type="radio"/> Suspensión del contrato de trabajo por práctica | <input type="radio"/> Licencia de maternidad o paternidad | <input type="radio"/> Modificación datos básicos de identificación del afiliado |
| <input type="radio"/> Actualización y corrección datos complementarios del afiliado | <input type="radio"/> Modificación ingreso base de cotización | <input type="radio"/> Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación |
| <input type="radio"/> Corrección de datos básicos de identificación | <input type="radio"/> Variación centro de trabajo | <input type="radio"/> Cambio de ocupación u oficio del afiliado |
| | | <input type="radio"/> Traslado de ARL |

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de Identidad		Número de documento de Identidad	

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

Entidad promotora de salud - EPS	Administradora de pensiones	Ingreso base de cotización - IBC	
Residencia	Tel. fijo	Celular	Correo electrónico
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>		

Datos novedades relacionadas con el reporte de fecha.

Fecha inicial	Fecha final	Administradora de riesgos laborales (anterior)
DD MM AAAA	DD MM AAAA	

Datos relacionados con el sitio de trabajo o del lugar donde se realiza la práctica formativa

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa	Código de la actividad económica	Clase de riesgo	
Sede principal <input type="radio"/> Centro de trabajo <input type="radio"/>			
Sitio de trabajo	Municipio / Distrito		
Zona	Localidad / Comuna	Departamento	Código de la Ocupación u Oficio
Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/>			

VIII. Autorizaciones

- 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 públicas que por sus funciones la requieran.
- 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 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2015 Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo.
- Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

IX. Firmas

Responsable de la afiliación / afiliado

Nombre y firma del funcionario de la ARL

*Con la firma contenida anteriormente, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autorizaciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

X. Anexos

- Fotocopia de documento de identidad
- Formato diligenciado de la identificación de peligros
- Certificado de resultados del examen pre-ocupacional

LISTADO DE ANEXOS

Tipo de aportante

Código	Nombre tipo de aportante
01	Empleador
02	Independiente
03	Entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción
04	Agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas
05	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado
06	Misión diplomática, consular o de organismo multilaterales no sometidos a la legislación colombiana
07	Organizaciones administradoras del programa de hogares de bienestar
08	Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales
09	Programas de aportes contrato sindical
10	Pagador programa reincorporación

Tipo de afiliado

Dependiente

Código	Nombre tipo de afiliado cotizante al SGRL
01	Dependiente
02	Servicio doméstico
18	Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC
22	Profesor de establecimiento particular
30	Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción
31	Cooperados o precooperativas de trabajo asociado
32	Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral
44	Cotizante dependiente de empleo de emergencias con duración mayor a un mes
45	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes
47	Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participación - Aportes patronales
51	Trabajador de tiempo parcial
53	Afiliado participe
55	Afiliado participe - dependiente

Independiente

Código	Nombre tipo de afiliado cotizante al SGRL
16	Independiente agremiado o asociado (aporte voluntario a SGRL)
57	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales
59	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud
35	Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud
36	Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional
60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional
62	Contribuyente del monotributo riesgos laborales

Estudiantes

Código	Nombre tipo de afiliado cotizante al SGRL
19	Aprendices en etapa productiva
20	Estudiantes (Régimen especial ley 789 / 2002)
21	Estudiantes de posgrado en salud (convenio docencia servicio)
23	Estudiantes aporte solo a riesgos laborales
58	Estudiantes de prácticas laborales en el sector público

Subtipo de afiliado

Pensionado

Código	Nombre subtipo de afiliado cotizante al SGRL
01	Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo
02	Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo
09	Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV

Conductor del servicio público

Código	Nombre subtipo de afiliado cotizante al SGRL
11	Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículo taxi.
12	Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículo taxi no obligado a cotizar a pensión

Otro subtipo

Código	Nombre subtipo de afiliado cotizante al SGRL
3	Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad
4	Cotizante con requisitos cumplidos para pensión
5	Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva ó devolución de saldos
6	Cotizante perteneciente a un régimen exceptuado de pensiones o a entidades autorizadas para recibir aportes exclusivamente de un grupo de sus propios trabajadores
10	Residente en el exterior afiliado voluntario al Sistema General de Pensiones y/o afiliado facultativo al sistema de subsidio Familiar

Tipo de contrato

Código	Nombre subtipo de afiliado cotizante al SGRL
A	Civil
B	Administrativo
C	Comercial