

**ANEXO 1**  
**"FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES DE TRABAJADORES,**  
**CONTRATISTAS Y ESTUDIANTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES".**



No. de radicación	Fecha de radicación	Fecha inicio de cobertura
	DDMM/AAAA	DDMM/AAAA

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de trámite</b>	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de novedades <input type="checkbox"/>	<b>2. Tipo de afiliación</b>	A. Individual <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	<b>3. Tipo de aportante</b>	Código <input type="text"/>
<b>4. Tipo de afiliado</b>	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Estudiante <input type="checkbox"/>	Código <input type="text"/>			
<b>5. Subtipo de afiliado</b>	A. Pensionado <input type="checkbox"/>	B. Conductor Servicio Público <input type="checkbox"/>	C. Otro <input type="checkbox"/>	Código <input type="text"/>			

**II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN**

**Datos básicos**

6. Nombre o razón social

7. Tipo de documento de identificación

8. Número del documento de identificación

**Datos generales**

9. Ubicación / Sede Principal

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

10. Código de la actividad económica

11. Clase de riesgo

**A. AFILIACIÓN**

**III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

12. Apellidos y Nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

13. Tipo de documento de identificación

14. Número de documento de identificación

15. Sexo Femenino  Masculino

16. Fecha de nacimiento

**IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO**

**Datos personales**

17. Entidad Promotora de Salud - EPS

18. Administradora de Pensiones

19. Ingreso base de cotización - IBC

20. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

**V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA**

21. Modalidad A. Presencial  B. Teletrabajo

22. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa

A. Sede Principal <input type="checkbox"/>	B. Centro de trabajo <input type="checkbox"/>	23. Código de la actividad económica <input type="text"/>	24. Clase de riesgo <input type="text"/>
--	---	---	--

25. Código de la ocupación u oficio

26. Sitio de trabajo

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Comuna	Departamento

Suministro de transporte por parte del empleador Si  NO

**VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA**

**Datos trabajador dependiente**

27. Denominación del cargo o del empleo.

**Datos trabajador Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes**

28. Tipo de contrato <input type="text"/>	29. Fecha Inicial <input type="text"/>	30. Fecha Final <input type="text"/>	31. Valor total Honorarios	32. Valor mensual honorarios
---	--	--------------------------------------	----------------------------	------------------------------

**Datos trabajador Independiente Voluntario a Riesgos Laborales**

33. Fecha Inicial <input type="text"/>	34. Fecha Final <input type="text"/>
--	--------------------------------------

**Datos Estudiantes**

35. Fecha Inicial <input type="text"/>	36. Fecha Final <input type="text"/>	37. Actividad Principal	38. Actividad Secundaria
--	--------------------------------------	-------------------------	--------------------------

-ARL OFICINA PRINCIPAL-

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros S.A.

## NUMERAL I- DATOS DEL TRÁMITE

**1. Tipo de trámite:** Marque el tipo de trámite Afiliación o Reporte de novedades.

A. Afiliación: se debe seleccionar esta opción cuando se registra una afiliación al SGRL, en condición de trabajador dependiente, trabajador independiente o estudiante, siempre que se cumplan las condiciones para ello.

B. Reporte de novedades: Esta opción se da cuando se registra un retiro o algún cambio en los datos básicos de identificación o complementarios del afiliado o del responsable de la afiliación o se registran cambios en la información según el/los tipo(s) de novedad(es) que se encuentran relacionadas en el campo 40 del capítulo VII.

**2. Tipo de afiliación:** Marque el tipo de afiliación

A. Individual: opción que debe emplearse cuando el responsable de la afiliación de manera directa, para realizar la afiliación o novedad.

B. Colectiva: Aplica al trabajador independiente que se afilia o reporta la novedad de manera colectiva a través de una asociación o agremiación, o al miembro de una congregación o comunidad religiosa que se afilia o reporta la novedad. Las asociaciones, agremiaciones y congregaciones religiosas deben estar autorizadas para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se debe colocar una X en la opción que corresponda a colectiva.

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

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

### Nombre tipo de aportante

**4. Tipo de afiliado:** Marque el tipo de afiliación:

**Dependiente:** Si el afiliado tiene un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal o reglamentaria.

**Independiente:** Si el afiliado no está vinculado a un empleador mediante un contrato de trabajo o una relación laboral legal o reglamentaria y por tanto el pago de los aportes al SGRL se encuentra a su cargo, salvo que el contratante realice una actividad clasificada con riesgo IV o V, tal como lo establece el artículo 13 del Decreto número 723 de 2013 compilado en el Decreto 1072 de 2015 o norma que la modifique o sustituya.

**Independiente voluntario a riesgos laborales:** Persona natural que realiza una actividad económica o presta sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo y tenga ingresos iguales o superiores 1 smmlv tal como lo establecen el Decreto 780 de 2016 y el Decreto 1072 de 2015 o norma que la modifique o sustituya.

**Estudiante:** Si el afiliado es un estudiante que realiza prácticas, judicatura o tiene una relación de docencia-servicio en el área de la salud.

**Código:** Dato obligatorio. Conforme a la opción marcada identifique y escriba el código correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:

### Nombre tipo de afiliado cotizante al SGRL

Código	Dependiente	Código	Dependiente
01	Dependiente	45	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes
02	Servicio doméstico	47	Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participación – Aportes patronales
18	Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	51	Trabajador de tiempo parcial
22	Profesor de establecimiento particular	53	Afiliado participe
30	Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción	55	Afiliado participe - dependiente
31	Cooperados o pre cooperativas 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 emergencia con duración mayor o igual a un mes		

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

Código	Nombre tipo de afiliado cotizante al SGRL
62	Contribuyente del mono tributo riesgos laborales

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

**5. Subtipo de afiliado:** Dato obligatorio. Lo suministra quien realiza la afiliación. Identifique el subtipo de afiliado de acuerdo con las siguientes opciones:

**Pensionado:** Los jubilados o pensionados, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.

**Conductor del servicio público:** Los conductores de los equipos destinados al servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículos taxi, deberán estar afiliados como cotizantes al SGRL y no podrán operar sin que se encuentren activos. El riesgo ocupacional de los conductores, se clasifica en el nivel cuatro (IV).

**Otro subtipo:** Hace referencia a los afiliados cotizantes que por mandato legal o reglamentario se les reconoce una condición especial para afiliarse y cotizar al SGRL de acuerdo con las características individuales de tal condición.

**Código:** Dato obligatorio. Conforme a la opción marcada identifique y escriba el código correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:

### Nombre subtipo de afiliado cotizante al SGRL

Código	Pensionado	Código	Otro subtipo
1	Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo	3	Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad
2	Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo	4	Cotizante con requisitos cumplidos para pensión
9	Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV	5	Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos
<b>Conductor del servicio público</b>		6	Cotizante perteneciente a un régimen exceptuado de pensiones o a entidades autorizadas para recibir aportes exclusivamente de un grupo de sus propios trabajadores
11	Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículo taxi	10	Residente en el exterior afiliado voluntario al sistema general de pensiones y/o afiliado facultativo al sistema de subsidio Familiar.
12	Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículos taxi no obligado a cotizar a pensión		

## NUMERAL II - Datos de identificación del responsable de la afiliación

**6. Nombre o razón social:** Escriba el nombre completo de la razón social o los nombres y apellidos completos de quien realiza la afiliación como aparecen en el documento de identificación.

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

Código	Nombre tipo de documento de identificación
NI	Número de identificación tributaria
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
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 una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carnet diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa 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 cédula de extranjería. Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa 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 cédula 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.

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

**39. Jornada establecida**

A. Jornada Única  B. Turnos  C. Rotativa

Ejecución de la actividad	Horario de ejecución de las actividades																							
	Días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22	23	24
Semana																								
Lunes																								
Martes																								
Miércoles																								
Jueves																								
Viernes																								
Sabado																								
Domingo																								

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**VII. DATOS DE REPORTE DE LA NOVEDAD**

**40. 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 profesional | <input type="checkbox"/> 6. Vacaciones, licencia remunerada                                | <input type="checkbox"/> 7. Suspensión del contrato de trabajo o práctica formativa y licencias | <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 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                | <input type="checkbox"/> 14. Variación centro de trabajo                                   | <input type="checkbox"/> 15. Cambio de ocupación u oficio del afiliado                          | <input type="checkbox"/> 16. Traslado de ARL  |

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

Datos básicos de identificación

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de documento de identificación Número del documento de identificación

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

**Datos personales**

Entidad Promotora de Salud - EPS Administradora de Pensiones Ingreso base de cotización - IBC

Residencia Dirección Teléfono Fijo Teléfono Celular Correo Electrónico

Municipio/Distrito Zona Urbana  Rural  Localidad/Comuna Departamento

**43. Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas**

**44. Administradora de Riesgos Laborales (anterior)**

Fecha Inicial Fecha Final

**45. Datos relacionados con el sitio de trabajo o del lugar donde se realiza la practica formativa.**

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa Código de la actividad económica Clase de riesgo

A. Sede Principal  B. Centro de trabajo

Sitio de trabajo Dirección Teléfono Fijo Teléfono Celular Correo Electrónico

Municipio/Distrito Zona Urbana  Rural  Localidad/Comuna Departamento

Código de la ocupación u oficio

**VIII. AUTORIZACIONES.**

46. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
47. 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.
48. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**IX FIRMAS.**

Firma del Representante Legal Colmena Seguros

**49. El Responsable de la afiliación/afiliado**

**50. Nombre y firma del funcionario de la ARL**

Con la firma contenida en el numeral 49 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autorizaciones contenidas en el capítulo VIII del formulario

**X. ANEXOS**

51. Fotocopia del documento de identificación.  52. Formato diligenciado de la identificación de peligros.  53. Certificado de resultados del examen pre-ocupacional.

-ARL OFICINA PRINCIPAL-

CPS-F-21 V4 10/2018

88888

8. **Número del documento de identificación.** Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identificación.

**Datos generales**

9. **Ubicación / sede principal.** Estos datos aplican para quien realiza la afiliación.

• Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona: Urbana o Rural donde se ubica la residencia, Localidad/Comuna si existen en su ciudad, Departamento. En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

10. **Código de la actividad económica.** Registre según corresponda el código que se encuentra asignado en la tabla de clasificación de actividades económicas para el SGRL.

11. **Clase de riesgo:** Identifique y marque con una X la clase de riesgo de quien realiza la afiliación al SGRL de las siguientes opciones:

Clase de Riesgo				
Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V

**A. Afiliación**

Si el trámite es de afiliación, tenga en cuenta lo siguiente:

- Diligenciar los espacios de los Capítulos I y II los cuales son obligatorios.
- Diligenciar los espacios de los capítulos III y IV correspondientes a los datos básicos de identificación del afiliado y datos complementarios del afiliado.
- Diligenciar los espacios del capítulo V así:
  - Si el afiliado es dependiente diligencie las casillas 21, 22, 23, 24 y 26.
  - Si el afiliado es independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes diligencie las casillas 23, 24 y 26.
  - Si el afiliado es independiente voluntario a riesgos laborales diligencie la casilla 25.
- Diligenciar los espacios del capítulo VI así:
  - Si el afiliado es dependiente diligencie la casilla 27.
  - Si el afiliado es independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes diligencie las casillas 28, 29, 30, 31 y 32.
  - Si el afiliado es independiente voluntario a riesgos laborales diligencie las casillas 33 y 34.
  - Si el afiliado es estudiante diligencie las casillas 35, 36, 37, 38.
- Marcar con una X, en el capítulo VIII, autorizaciones las casillas 46, 47 y 48 según corresponda.
- Firmar en el capítulo IX en la casilla 49.
- Marcar con una X en el capítulo X. Anexos los que se acompañen al formulario casillas 51, 52 y 53 según corresponda.

**NUMERAL III - Datos básicos de identificación del afiliado**

12. **Apellidos y nombres:** 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)

13. **Tipo de documento de identificación:** Dato obligatorio. Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, de acuerdo con las siguientes opciones:

Código	Nombre tipo de documento de identificación
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años.
CC	Cédula de ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil
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 una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carnet diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa 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 cédula de extranjería. Salvoconducto de permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa 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 cédula 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.

14. **Número del documento de identificación:** Dato obligatorio. Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identificación.

15. **Sexo:** Dato obligatorio. Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identificación.

16. **Fecha de nacimiento:** Dato obligatorio. Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identificación: día, mes y año.

**NUMERAL IV - Datos complementarios del afiliado**

**Datos personales**

Estos datos deben registrarse para el afiliado al SGRL, según corresponda.

17. **Entidad promotora de salud (EPS):** Escriba el nombre de la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la cual se encuentra inscrita.

18. **Administradora de pensiones:** Registre el nombre de la entidad administradora de pensiones donde se encuentra afiliado.

19. **Ingreso base de cotización (IBC):** Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGRL. El valor señalado debe ser igual o mayor a 1 SMLMV y menor o igual a 25 SMLMV.

Para el efecto puede consultar la siguiente tabla:

Tipo de afiliado	Ingreso base de cotización (IBC)
Dependiente	Salario mensual percibido.
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	40% del valor de honorarios pactado mensualmente en el contrato.
Independiente voluntario a riesgos laborales	40% del valor total de honorarios percibidos al mes por la ocupación u oficio.
Estudiantes	Un salario mínimo legal mensual vigente

20. **Residencia:** Dato Obligatorio. Diligencie los datos del lugar donde reside el afiliado al SGRL.

• Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona: Urbana o Rural donde se ubica la residencia, Localidad/Comuna si existen en su ciudad, Departamento. En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

**NUMERAL V - Datos relacionados con el sitio de trabajo o del lugar donde se realiza la práctica formativa.**

21. **Modalidad:** Lo suministra el responsable de la afiliación o el afiliado según el caso. Identifique la modalidad del trabajo que realiza el afiliado y marque con X, según corresponda:

Modalidad del afiliado	
A.	Presencial: Trabajo que una persona realiza para una empresa en la sede de la misma.
B.	Teletrabajo: Trabajo que una persona realiza para una empresa desde un lugar alejado de la sede de esta (habitualmente su propio domicilio), por medio de un sistema de telecomunicación.

22. **Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa:** Seleccione y marque con una X el sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa, según corresponda:

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa	
A.	Sede Principal
B.	Centro de Trabajo

23. **Código de la actividad económica.** Registre según corresponda el código que se encuentra asignado en la tabla de clasificación de actividades económicas para el sistema general de riesgos laborales (SGRL).

24. **Clase de riesgo. Dato obligatorio.** Identifique y marque con una X la clase de riesgo del afiliado al sistema general de riesgos laborales (SGRL) (ver clase de riesgo)

25. **Código de ocupación u oficio:** Registre, según corresponda, el código que se encuentra asignado en la tabla de ocupaciones u oficios para el SGRL.

26. **Sitio de trabajo:** Diligencie los datos del lugar donde el afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) realiza su actividad o práctica formativa.

- Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona: Urbana o rural donde se ubica la residencia, Localidad/Comuna si existen en su ciudad, Departamento. En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.
- Suministra transporte: marque con una equis "X" en la casilla que corresponda si suministra o no transporte para sus empleados.

**NUMERAL VI- Datos sobre condiciones pactadas para la ejecución del trabajo o la práctica formativa**

**Datos del trabajador dependiente**

**27. Denominación del cargo o del empleo:** Registrar el nombre del cargo que va a desempeñar en la empresa. Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.

**28. Tipo de contrato suscrito:** Dato obligatorio. Seleccione y escriba el código según corresponda al tipo de contrato que fue suscrito de acuerdo con las siguientes opciones:

Código	Tipo de contrato suscrito
A	Civil
B	Administrativo
C	Comercial

**29. Fecha inicial:** Registrar la fecha de inicio del contrato en formato día, mes y año.

**30. Fecha final:** Registrar la fecha final del contrato en formato día, mes y año.

**31. Valor total de los honorarios:** Registrar el valor total de los honorarios pactados dentro del contrato suscrito.

**32. Valor mensual de los honorarios:** Registrar el valor que se pagará mensualmente durante la ejecución del contrato. Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales

**33. Fecha inicial:** Registrar la fecha de inicio de la ocupación u oficio en formato día, mes y año.

**34. Fecha final:** Registrar la fecha final de la ocupación u oficio en formato día, mes y año.

**Datos del estudiante**

**35. Fecha inicial:** Registrar la fecha de inicio de la práctica formativa en formato día, mes y año.

**36. Fecha final:** Registrar la fecha final de la práctica formativa en formato día, mes y año.

**37. Actividad principal:** Registre la principal actividad a realizar como parte de la práctica formativa.

**38. Actividad secundaria:** Registre la segunda actividad a realizar como parte de la práctica formativa.

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

La jornada establecida para ejecutar el trabajo o la práctica formativa	
A	Jornada Única
B	Turnos
C	Rotativa

**Ejecución de la actividad:** marque con una "X" los días de la semana en que se ejecuta la actividad contratada.

**B. REPORTE DE NOVEDADES NUMERAL VII – DATOS DE REPORTE DE LA NOVEDAD**

Si el trámite es de reporte de novedades, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El Reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación.

La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

2. El reporte de novedades solo puede ser realizado por quien realiza la afiliación y el afiliado, según corresponda.

3. La administradora de riesgos laborales (ARL) no podrá reportar a la base de datos de los afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por el responsable de la afiliación o por el afiliado mediante la suscripción del formulario único de afiliación y reporte de novedades de trabajadores al SGRL.

4. Diligenciar los espacios de los capítulos I y II los cuales son obligatorios.

5. Registrar en las casillas del numeral 41, los datos correspondientes a la identificación de quien se registre la novedad ya sea el afiliado o del responsable de la afiliación (Dato obligatorio), después de la modificación.

6. Marcar con una X, en el capítulo VIII, autorizaciones las casillas **46, 47 y 48** según corresponda.

7. Firmar en el capítulo IX en la casilla 49.

8. Marcar con una X en el capítulo X. Anexos los que se acompañen al formulario casillas **51, 52 y 53** según corresponda.

40. Tipo de novedad: Marque con una X la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a registrar, de acuerdo con las siguientes opciones:

Tipo de novedad			
1	Ingreso	9	Modificación datos básicos de identificación del afiliado
2	Retiro	10	Actualización y corrección datos complementarios del afiliado
3	Retiro por muerte del afiliado	11	Modificación ingreso base de cotización
4	Incapacidad temporal por enfermedad general	12	Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación
5	Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional	13	Corrección de datos básicos de identificación
6	Vacaciones, licencia remunerada	14	Variación centro de trabajo
7	Suspensión temporal del contrato de trabajo o práctica formativa o licencia no remunerada o comisión de servicios	15	Cambio de ocupación u oficio del afiliado
8	Licencia de maternidad o paternidad	16	Traslado de ARL

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

**Datos básicos de identificación:** 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:** Registrar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar. (ver tipos de documento de identificación)

**Número del documento de identificación:** Corresponde al número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identificación.

Sexo: Marque con una X, la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identificación. (Solo aplica cuando se ha marcado la novedad del numeral 9).

**42. Datos complementarios de quien se registre la novedad (aplica solo a afiliados).** Esta novedad se reporta cuando el afiliado modifica uno o varios de los datos complementarios y se ha marcado con una X en el numeral 40 "Tipo de novedad" la novedad del numeral 10.

**Datos personales:** Estos datos deben registrarse para el afiliado al SGRL, según corresponda.

**Entidad promotora de salud (EPS):** Escriba el nombre de la entidad promotora de salud (EPS) en la cual se encuentra registrada.

**Administradora de pensiones:** Registre el nombre de la entidad administradora de pensiones donde se encuentra afiliado.

**Ingreso base de cotización (IBC):** Registre la modificación el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGRL.

Para el efecto, puede consultar la siguiente tabla:

Tipo de afiliado	Ingreso Base de Cotización (IBC)
Dependiente	Salario mensual percibido.
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	40% del valor de honorarios pactados mensualmente en el contrato.
Independiente voluntario a riesgos laborales	40% del valor total de honorarios percibidos al mes por la ocupación u oficio.
Estudiantes	Un salario mínimo legal mensual vigente.

**Residencia:** Diligencie los datos de modificación del lugar donde reside el afiliado al SGRL

Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona: Urbana o Rural donde se ubica el nuevo sitio de residencia, Localidad/Comuna si existen en su ciudad, Departamento. En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

**43. Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas.** Esta novedad se reporta cuando el afiliado presenta una novedad que incide en la cobertura del SGRL por un período temporal o definitivo y si ha marcado con una X en el numeral 40, "Tipo de novedad" los numerales de las novedades 1 a 8, según corresponda, y deberá registrarse:

**Fecha inicial:** Registrar la fecha de inicio de la novedad en formato día, mes y año.

**Fecha final:** Registrar la fecha final de la novedad en formato día, mes y año.

Si el Tipo de novedad registrado es 1. Ingreso; 2. Retiro o 3. Retiro por muerte del afiliado únicamente deberán registrarse los datos correspondientes a la fecha inicial.

**44. Administradora de Riesgos Laborales anterior.** Aplica solo al trabajador independiente que se traslade de Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y haya marcado con una X en el numeral 40 "Tipo de novedad" la novedad del numeral 16, para el efecto deberá registrar el nombre de la Administradora de Riesgos Laborales la ARL de la cual se traslada

**45. Datos relacionados con el sitio de trabajo o del lugar donde se realiza la práctica formativa:** Se reporta cuando el responsable de la afiliación modifica las condiciones de ejecución de la actividad o de la práctica formativa, y se ha marcado con una X en el numeral 40 "Tipo de novedad", la novedad del numeral 14, cuando exista variación del centro de trabajo identificándolo de acuerdo con las siguientes opciones:

Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa	
A	Sede Principal
B	Centro de Trabajo

**Código de la actividad económica.** Registre según corresponda el código que se encuentra asignado en la tabla de clasificación de actividades económicas para el SGRL, de acuerdo con lo establecido en el Decreto número 1607 de 2002 o aquel que lo modifique o sustituya, de acuerdo con el nuevo centro de trabajo.

**Clase de riesgo.** Identifique y marque con una X la clase de riesgo del afiliado al SGRL de acuerdo con las siguientes opciones, que le aplique al nuevo centro de trabajo (ver clase de riesgo)

Sitio de trabajo: **Diligencie los datos del nuevo lugar donde el afiliado al SGRL realizará su actividad o práctica formativa.**

• Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico, Municipio/Distrito, Zona: Urbana o Rural donde se ubica la residencia, Localidad/Comuna si existen en su ciudad, Departamento. En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

Si la opción marcada con una X en el numeral 40, "Tipo de novedad", es la novedad del numeral 15, deberá registrar:

**Código de ocupación u oficio:** Registre el nuevo código que se encuentra asignado en la tabla de ocupaciones u oficio para el SGRL

#### NUMERAL VIII- Autorizaciones

Marque con una X las autorizaciones que se describan en los numerales **46, 47 y 48** según corresponda:

46. 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.

47. 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.

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

#### NUMERAL IX- Firmas

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

En las casillas 49 y 50 debe ir la firma de:

49. El responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda.

50. El nombre y firma del funcionario de la administradora de riesgos laborales.

Con la firma contenida en el numeral 49 el responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autorizaciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

#### NUMERAL X- Anexos

Marque con una X las autorizaciones que se describan en los numerales 51, 52 y 53 según lo requiera el trámite que realiza.

51. Documento de identidad: NI, TI, CC, CE, PA, CD, SC, PE.

52. Formato diligenciado de la identificación de peligros.

53. Certificado de resultado del examen pre ocupacional.