

COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.
Formulario de afiliación y novedades del empleador al sistema general de riesgos laborales, SGRL



No. de radicación de trámite

Fecha de radicación			Fecha inicio de afiliación			Fecha final de afiliación		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

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

EX AR FO 01 V5

I. DATOS DEL TRÁMITE												
1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Traslado <input type="checkbox"/> C. Terminación de afiliación <input type="checkbox"/>			2. Naturaleza jurídica de el empleador Código <input type="text"/>				3. Tipo de aportante Código <input type="text"/>					
II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR												
1. Apellidos y Nombres o Razón social												
2. Tipo de documento			3. Numero de documento o NIT			Consecutivo NIT Descentralizado						
4. Apellidos y Nombres del Representante legal												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
5. Tipo de documento		6. Numero de documento				7. Correo electrónico						
III. DATOS COMPLEMENTARIOS												
1. Datos sede principal												
Código		Nombre de la sede principal				Dirección de la sede principal						
Teléfono fijo / Celular				Correo electrónico								
Distrito/Municipio			Zona urbana <input type="checkbox"/>		Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		Departamento			
2. Apellidos y Nombres del responsable de la sede principal												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
3. Tipo de documento		4. Numero de documento				5. Correo electrónico						
A. AFILIACIÓN												
1. Código de la actividad económica principal					2. Clase de riesgo I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>							
IV. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO												
1. Número de sedes					2. Número de centros de trabajo							
3. Numero inicial de trabajadores					4. Valor total de nómina							
B. TRASLADO												
1. ARL de la cual se traslada			2. Número total de trabajadores o estudiantes en práctica			3. Monto total de la cotización						
4. Información sedes y centros de trabajo a trasladar												
Código sede		Nombre de la sede			Departamento		Distrito/Municipio		Zona urbana <input type="checkbox"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>		
Dirección			Teléfono fijo / Celular			Correo electrónico						
Responsable de la sede												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
Tipo de documento		Numero de documento				Correo electrónico						
Código centro de trabajo		Código actividad económica		Nombre actividad económica		Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa		Clase de riesgo		Monto de la cotización		
								I	II	III	IV	V
Departamento				Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/>		Zona rural <input type="checkbox"/>		
Responsable de el centro de trabajo												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
Tipo de documento		Numero de documento				Correo electrónico						
Código sede		Nombre de la sede			Departamento		Distrito/Municipio		Zona urbana <input type="checkbox"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>		
Dirección			Teléfono fijo / Celular			Correo electrónico						
Responsable de la sede												
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre			
Tipo de documento		Numero de documento				Correo electrónico						

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa	Clase de riesgo					Monto de la cotización
				I	II	III	IV	V	

Departamento Distrito/Municipio Zona urbana Zona rural

Responsable de el centro de trabajo

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

Tipo de documento Numero de documento Correo electrónico

Código sede Nombre de la sede Departamento Distrito/Municipio Zona urbana Zona rural

Dirección Teléfono fijo / Celular Correo electrónico

Responsable de la sede

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

Tipo de documento Numero de documento Correo electrónico

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	Número total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa	Clase de riesgo					Monto de la cotización
				I	II	III	IV	V	

Departamento Distrito/Municipio Zona urbana Zona rural

Responsable de el centro de trabajo

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

Tipo de documento Numero de documento Correo electrónico

5. Estado de cuenta del empleador
 Al día En mora Acuerdo de pago Incumplimiento acuerdo de pago

V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 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.
- Autorización para que la ARL manejen los datos personales del afiliado o del responsable de la filiación de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2014 Unico Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- 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.

VI. 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 1 y 2 debe ir la firma de:

- El responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda.
- El nombre y firma del funcionario de la administradora de riesgos laborales.

Con la firma contenida en el numeral 1º 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.

<p>_____</p> <p>1. Empleador o su representante legal</p>	<p>_____</p> <p>2. Nombre y firma del funcionario de la administradora de riesgos laborales</p>
---	---

Recuerde que 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, la Ley 776 de 2002, Ley 884 de 2012, el decreto 1072 de 2015 y demás normas que los modifican, adicionan o complementan.