

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

EX AR FO 02 V6

I. DATOS DEL TRÁMITE													
Tipo de trámite		Afilación <input type="checkbox"/>		Reporte de novedades <input type="checkbox"/>		Tipo de afiliación Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>		Tipo de aportante		Código			
Tipo de afiliado Dependiente <input type="checkbox"/>		Dependiente trabajador de tiempo parcial con varios empleadores <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Independiente voluntario a riesgos laborales <input type="checkbox"/>		Trabajador penitenciario indirecto <input type="checkbox"/>		5. Subtipo de afiliado: Pensionado <input type="checkbox"/> Conductor servicio público <input type="checkbox"/>			
Estudiante <input type="checkbox"/>		Voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales <input type="checkbox"/>		Servicio de utilidad pública aporte solo riesgos laborales <input type="checkbox"/>		Código		Otro subtipo <input type="checkbox"/>		Código			
II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN													
Nombre / Razón social				Tipo de documento T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?				8. Numero					
Dirección Ubicación / Sede principal				Teléfono				Celular		Correo electrónico			
Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna				Departamento			
Código de actividad económica								Clase de riesgo I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>					
A. AFILIACIÓN III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO													
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre	
Tipo de documento T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?				Número				Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:		Fecha de nacimiento Día Mes Año			
IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO													
Entidad Promotora de Salud(EPS)				Administradora de pensiones - AFP				Ingresos Base Cotización(IBC)		Salario fijo <input type="checkbox"/> Salario variable <input type="checkbox"/>			
Dirección de residencia				Teléfono				Celular		Correo electrónico			
Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna				Departamento			
V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR EN DONDE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA													
Modalidad Presencial <input type="checkbox"/> Teletrabajo <input type="checkbox"/> Trabajo en casa <input type="checkbox"/> Trabajo remoto <input type="checkbox"/>		Sitio de trabajo o lugar donde realiza la práctica formativa Sede principal <input type="checkbox"/> Centro de trabajo <input type="checkbox"/>											
Código de actividad económica				Clase de riesgo I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>				Código de la ocupación u oficio					
Dirección sitio de trabajo				Teléfono				Celular		Correo electrónico			
Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna				Departamento			
B. REPORTE DE NOVEDADES VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA													
Datos del trabajador dependiente / Denominación del cargo o empleo													
Datos del trabajador dependiente de tiempo parcial con varios empleadores / Denominación del cargo o empleo													
Datos del trabajador independiente con el contrato de prestación de servicios superior a 1 mes													
Tipo de contrato		Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año				Valor total honorarios		Valor mensual honorarios	
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales						Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año			
Datos estudiantes		Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año				Actividad principal			
Actividad secundaria						Jornada establecida				Jornada única <input type="checkbox"/> Jornada por turnos <input type="checkbox"/> Jornada rotativa <input type="checkbox"/>			
Datos trabajador penitenciario indirecto		Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año				Actividad principal		Actividad secundaria	
Datos del voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales						Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año			
Datos de la prestación de servicios de utilidad pública aporte solo riesgos laborales				Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año				Actividad de apoyo	
B. REPORTE DE NOVEDADES VII. DATOS DE REPORTE LA NOVEDAD													
40. Tipo de novedad:													
a. Ingreso <input type="checkbox"/>			e. Incapacidad por accidentes de trabajo o enfermedad laboral <input type="checkbox"/>			i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado <input type="checkbox"/>			m. Corrección de datos básicos de identificación <input type="checkbox"/>				
b. Retiro <input type="checkbox"/>			f. Vacaciones, licencia remunerada <input type="checkbox"/>			j. Actualización y corrección de datos complementarios de afiliado <input type="checkbox"/>			n. Variación centro de trabajo <input type="checkbox"/>				
c. Retiro por muerte del afiliado <input type="checkbox"/>			g. Suspensión del contrato de trabajo o practica formativa o trabajo penitenciario indirecto o licencia no remuneradas. <input type="checkbox"/>			k. Modificación ingreso base de cotización <input type="checkbox"/>			o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado <input type="checkbox"/>				
d. incapacidad temporal por enfermedad general <input type="checkbox"/>			h. Licencia de maternidad o paternidad <input type="checkbox"/>			l. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación <input type="checkbox"/>			p. Traslado de ARL <input type="checkbox"/>				
									r. Licencia parental flexible de tiempo parcial <input type="checkbox"/>				
Datos complementarios de quien se registre la novedad(afiliado al responsable de la afiliación)													
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre	
Tipo de documento: T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?				Número									
Entidad Promotora de Salud(EPS)				Administradora de pensiones				Ingresos Base Cotización(IBC)					
Dirección de residencia				Teléfono				Celular		Correo electrónico			
Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad				Departamento			
Datos relacionados con el reporte de fechas		Fecha inicial Día Mes Año				Fecha final Día Mes Año				Administradora de Riesgos Laborales (anterior)			
Licencia parental flexible de tiempo parcial		Hora inicial				Hora final							
Datos relacionados con el sitio de trabajo lugar donde se realiza la práctica formativa, el trabajo penitenciario indirecto o la prestación de servicios de utilidad pública aporte solo riesgos laborales													
Sitio de trabajo o lugar donde realiza la práctica formativa Sede principal <input type="checkbox"/> Centro de trabajo <input type="checkbox"/>						Código de actividad económica							
Clase de riesgo I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>		Código de la ocupación u oficio											
Dirección sitio de trabajo				Teléfono				Celular		Correo electrónico			
Distrito/Municipio				Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural <input type="checkbox"/>		Localidad				Departamento			
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 pública, 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 en el Decreto 1377 de 2013 compilado con el Decreto 1074 de 2015, único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo													
• Autorización para que la ARL envíe información al correo electronico o al celular como mensajes de texto.													
IX. FIRMAS													
RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO													
NOMBRE Y FIRMA DEL FUCIONARIO DE LA ARL													
Con la firma contenida el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII. de este formulario													
X. ANEXOS													
Fotocopia del documento de identificación. <input type="checkbox"/>				Formato diligenciado de la identificación de peligros. <input type="checkbox"/>				Certificado de resultados del examen preocupacional. <input type="checkbox"/>					