

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 aporte		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?				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. Número					
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 Dia 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 trabajo dependiente / Denominación del cargo o empleo																	
Datos del trabajo dependiente de tiempo parcial con varios empleadores / Denominación del cargo o empleo																	
Datos del trabajo independiente con el contrato de prestación de servicios superior a 1 mes																	
Tipo de contrato		Fecha inicial Dia Mes Año		Fecha final Dia Mes Año		Valor total honorarios				Valor mensual honorarios							
Datos del trabajo independiente voluntario a riesgos laborales				Fecha inicial Dia Mes Año		Fecha final Dia Mes Año				Fecha final Dia Mes Año							
Datos estudiantes		Fecha inicial Dia Mes Año		Fecha final Dia 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 Dia Mes Año		Fecha final Dia Mes Año		Actividad principal				Actividad secundaria							
Datos del voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales				Fecha inicial Dia Mes Año		Fecha final Dia Mes Año				Fecha final Dia Mes Año							
Datos de la prestación de servicios de utilidad pública aporte solo riesgos laborales				Fecha inicial Dia Mes Año		Fecha final Dia 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 del 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 práctica 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 Dia Mes Año		Fecha final Dia 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																	
Sítio 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																	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 electrónico 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 preoccupacional. <input type="checkbox"/>											