

## INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO FORMATO RESOLUCIÓN 2389 DE 2019 AFILIACIONES ARL INICIALES Y TRASLADO

Formulario de Afiliación FORMATO RESOLUCIÓN 2389 DE 2019- Forma ARL013/OCT 2019, afiliación empresas naturales o jurídicas, debe diligenciarse en su totalidad sin tachones ni enmendaduras y cumpliendo con los siguientes puntos:



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**  
**FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR**  
**AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES - SGRL**

**FORMATO RESOLUCIÓN 2389 DE 2019**

A continuación, se describe cada uno de los campos a diligenciar y los aspectos que se deben tener en cuenta para evitar las devoluciones:

### ENCABEZADO:

- Número de radicación del trámite: número que la ARL asigna en forma consecutiva a cada trámite.
- Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la Administradora de Riesgos Laborales – ARL, recibe el formulario de afiliación y traslado del empleador a Sistema General de Riesgos Laborales -SGRL, en dicha entidad.
- Fecha de inicio de la afiliación: Este dato se registra en formato día - mes - año: Para afiliaciones nuevas, debe ser después de la fecha de radicación de la misma; para afiliaciones de traslado, la fecha debe ser el primer día del mes subsiguiente a la radicación de la intención de traslado en la ARL anterior.
- Fecha final de la afiliación (no diligenciar cuando se está reportando el ingreso de la empresa): Este dato se registra en formato día - mes - año.

No. de radicación del trámite	Fecha de radicación	Fecha inicio de afiliación	Fecha final de afiliación
-------------------------------	---------------------	----------------------------	---------------------------

**Imagen 1.** Forma ARL013/OCT 2019 Formulario de Afiliación y Novedades del empleador al Sistema General de Riesgos Laborales – SGRL FORMATO RESOLUCIÓN 2389 DE 2019

### I. DATOS DEL TRÁMITE:

Estos datos se refieren a la descripción del trámite que se realiza mediante la suscripción del "Formulario de afiliación y reporte de novedades del empleador al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL", por tanto, son obligatorios para el responsable de la afiliación cuando se registre una afiliación o una novedad del empleador de ARL.

#### 1. Tipo de trámite:

- Afiliación: Aplica cuando se registra una afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL, en condición de empleador, siempre que se cumplan las condiciones para ello. Se marca para empresas iniciales.
- Traslado: Aplica cuando se registra una solicitud de novedad de ARL por parte del empleador, en cumplimiento de las reglas definidas en las normas que rigen para este trámite.

- Terminación de la afiliación: Registra la terminación de la afiliación del empleador con una ARL. Los valores permitidos son:
  - ✓ Código 1: Cancelación por liquidación de empresa.
  - ✓ Código 2: Cancelación por sustitución patronal.
  - ✓ Código 3: Cancelación por fusión.
  - ✓ Código 4: Cancelación por absorción.
  - ✓ Código 5: Cancelación por cambio de NIT.
  - ✓ Código 6: Cancelación por liquidación de empresa.
  - ✓ Código 7: Cancelación por retiro masivo de trabajadores.
  - ✓ Código 8: Decisión unilateral de terminar el contrato.

## 2. Naturaleza Jurídica del empleador:

Dato obligatorio. Lo suministra quien realiza la afiliación. Identifique la naturaleza jurídica del empleador y escriba el código correspondiente de acuerdo con las siguientes opciones:

- ✓ Código 1: Pública.
- ✓ Código 2: Privada.
- ✓ Código 3: Mixta.
- ✓ Código 4: Organismos multilaterales.
- ✓ Código 6: Entidades de derecho público no sometidas a la legislación colombiana.

## 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 1: Empleador.
- ✓ Código 3: Entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción.
- ✓ Código 5: Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado.
- ✓ Código 6: Misión diplomática, consultar o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana.
- ✓ Código 9: Pagador de aportes contrato sindical.

I. DATOS DEL TRÁMITE		
1. Tipo de trámite	<input checked="" type="radio"/> Afiliación <input type="radio"/> Traslado <input type="radio"/> Terminación de la afiliación	2. Naturaleza jurídica del empleador Código <input type="text"/> <input type="text"/>
		3. Tipo de aportante Código <input type="text"/> <input type="text"/>

## II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR:

### 1. Apellidos y nombres o razón social:

Obligatorio. Lo suministra el empleador, escriba el nombre completo de la razón social o el nombre completo del empleador.

### 2. Tipo de documento:

Obligatorio. Debe colocar en las casillas correspondientes el código de documento de identificación según corresponde de acuerdo con las siguientes opciones:

- ✓ NIT: Número de Identificación Tributaria.
- ✓ 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: Carné 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.
- ✓ PE: Permiso Especial de Permanencia, es un documento expedido por el Ministerio de Relaciones Exteriores mediante la Resolución 5797 de 2017, para los nacionales Venezolanos.
- ✓ PT: Permiso por Protección Temporal, nuevo documento para los nacionales Venezolanos.

**3. Número del documento de identificación:**

Obligatorio. Es el número de identificación tributaria de la persona jurídica o el número con el cual se identifica como persona natural y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identificación.

**4. Consecutivo NIT Descentralizado:**

Dato obligatorio. Número consecutivo complementario al número del documento de identificación del empleador cuando las entidades descentralizadas hacen uso de un mismo NIT. Cuando no se cuente con NIT descentralizado se deberá colocar el valor cero (0).

**5. Apellidos y nombres del representante legal:**

Datos obligatorios. 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).

**6. Tipo de documento de identificación:**

Dato obligatorio. Debe colocar en las casillas correspondientes el código del tipo de documento de identificación del representante legal según corresponde de acuerdo con las opciones del punto 2.

**7. 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.

#### 8. Correo electrónico:

Debe escribir la cuenta de correo institucional, inclusive los caracteres especiales ( \_ - ).

■ DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR						
1. Apellidos y nombres o razón social <input type="text"/>						
2. Tipo de documento		3. No. de documento		Consecutivo NIT Descentralizado		
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
4. Representante Legal						
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>		Segundo nombre <input type="text"/>
5. Tipo de documento		6. No. de documento		7. Correo electrónico		
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS:

#### 1. Datos sede principal:

Datos obligatorios. Estos datos aplican para la afiliación de empleador:

- ✓ Código.
- ✓ Nombre de la sede principal.
- ✓ Dirección.
- ✓ Teléfono fijo/celular.
- ✓ Correo electrónico.
- ✓ Municipio/Distrito.
- ✓ Zona: Urbana o Rural donde se ubica la sede principal.
- ✓ Localidad/Comuna si existen en su ciudad de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá D.C.
- ✓ Departamento.

#### 2. Apellidos y nombres del responsable de la sede principal:

Datos obligatorios. 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).

#### 3. Tipo de documento:

Dato obligatorio. Debe colocar en las casillas correspondientes el código del tipo de documento de identificación del responsable de la sede principal según corresponde de acuerdo con las opciones del punto

#### 4. 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.

#### 5. Correo electrónico:

Debe escribir la cuenta de correo institucional, inclusive los caracteres especiales ( \_ - ).

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
1. Datos sede principal		Código	Nombre	Dirección	
Teléfono(s) fijo		Celular	Correo electrónico		
Municipio/Distrito	Zona	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural	Localidad/Comuna	Depto.	
2. Responsable sede principal		Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
3. Tipo de documento		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PE	4. No. de documento	5. Correo electrónico	

## A. AFILIACIÓN:

### 9. Código de la actividad económica principal:

Dato obligatorio. Código que se encuentra asignado en la tabla de clasificación de actividades económicas para el Sistema General de Riesgos Laborales, de acuerdo con lo establecido en la normatividad (según Decreto 768 de 2022 o aquel que lo modifique, adicione o sustituya).

### 10. Clase de riesgo:

Dato obligatorio. Identifique y marque con una X la clase de riesgo de quien realiza la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL de acuerdo con las siguientes opciones:

Código	Clase de Riesgo
I	Clase 1
II	Clase 2
III	Clase 3
IV	Clase 4
V	Clase 5

**Imagen 2:** Códigos de Clases de Riesgo

A. AFILIACIÓN	
1. Código de la actividad económica principal	2. Clase de riesgo <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

## IV. CENTROS DE TRABAJO:

### 1. Número de sedes:

Dato obligatorio. Corresponde al número de sedes con que cuenta el empleador que se afilia al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL.

### 2. Número de centros de trabajo:

Dato obligatorio. Corresponde al número de centros de trabajo con que cuenta el empleador que se afilia al Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL.

### 3. Número inicial de trabajadores:

Dato obligatorio. Número de trabajadores con que cuenta el empleador al momento de afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL.

**4. Valor total de la nómina:**

Dato obligatorio. Valor total de la nómina del empleador al momento de afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales SGRL

IV. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO			
1. Número de sedes <input type="text"/>	2. Número de centros de trabajo <input type="text"/>	3. Número inicial de trabajadores <input type="text"/>	4. Valor total de la nómina \$ <input type="text"/>

**B. TRASLADO:**

**1. ARL de la cual se traslada:**

Dato obligatorio. Nombre de la ARL de la cual se traslada el empleador

**2. Número total de trabajadores o estudiantes en práctica formativa:**

Dato obligatorio. Número de total de trabajadores o estudiantes en práctica formativa con que cuenta el empleador que está tramitando el traslado de ARL.

**3. Monto total de la cotización:**

Dato obligatorio. Valor total de la cotización del total de trabajadores y estudiantes en práctica formativa sobre los cuales se está cotizando.

**4. Información de sedes y centros de trabajo:**

Datos obligatorios. Estos datos aplican para el traslado de cada una de las sedes con las que cuenta el empleador.

- ✓ Código sede.
- ✓ Nombre de la sede.
- ✓ Departamento.
- ✓ Municipio.
- ✓ Zona.
- ✓ Dirección.
- ✓ Teléfono fijo/celular.
- ✓ Responsable de la sede.
- ✓ Primer apellido.
- ✓ Segundo apellido.
- ✓ Primer nombre.
- ✓ Segundo nombre.
- ✓ Tipo de documento (según tabla "Tipo de documento del representante legal").
- ✓ Número de documento.
- ✓ Correo electrónico.
- ✓ Código centro de trabajo.
- ✓ Código actividad económica (según Decreto 768 de 2022 o aquel que lo modifique, adicione o sustituya).
- ✓ Nombre actividad económica.
- ✓ Número de trabajadores y estudiantes en práctica formativa.

- ✓ Clase de riesgo (según tabla “Clase de riesgo”).
- ✓ Monto de cotización.
- ✓ Departamento.
- ✓ Municipio.
- ✓ Zona.
- ✓ Responsable del centro de trabajo.
- ✓ Primer apellido.
- ✓ Segundo apellido.
- ✓ Primer nombre.
- ✓ Segundo nombre.
- ✓ Tipo de documento (según tabla “Tipo de documento del representante legal”).
- ✓ Número de documento.
- ✓ Correo electrónico.

**5. Estado de cuenta del empleador:**

Dato obligatorio. Identifique y marque con una X según corresponda las siguientes opciones: Al día, En mora, Acuerdo de pago, Incumplimiento del acuerdo de pago.

B. TRASLADO											
1. ARL de la cual se trasladada			2. Número de trabajadores o estudiantes en práctica			3. Monto total de la cotización \$					
4. Información sedes y centros de trabajo a trasladar		Código de la sede		Nombre de la sede			Depto.				
Municipio		Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		Dirección							
Teléfono(s) fijo			Celular			Correo electrónico					
Responsable de la sede		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento		<input checked="" type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> CD <input checked="" type="checkbox"/> SD <input checked="" type="checkbox"/> PE		No. de documento		Correo electrónico					
Código del centro de trabajo		Código de actividad económica		Nombre de actividad económica		Número de trabajadores y estudiantes en práctica formativa		Clase de riesgo		Monto de la cotización	
								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20		\$	
								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20		\$	
								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20		\$	
								<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20		\$	
Departamento				Municipio				Zona <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural			
Responsable del centro de trabajo		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo de documento		<input checked="" type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> CD <input checked="" type="checkbox"/> SD <input checked="" type="checkbox"/> PE		No. de documento		Correo electrónico					
5. Estado de cuenta del empleador			<input checked="" type="checkbox"/> Al día		<input checked="" type="checkbox"/> En mora		<input checked="" type="checkbox"/> Acuerdo de pago		<input checked="" type="checkbox"/> Incumplimiento del acuerdo de pago		

**V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES:**

Dato obligatorio. Identifique y marque con una X según corresponda las siguientes opciones.

1. 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.
2. Autorización para que la ARL manejen 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 2014 Único Reglamentario del

Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

3. 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.


V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/>	1. 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 requieren.
<input type="checkbox"/>	2. Autorización para que la ARL maneje 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. Único Reglamentario del sector comercio, industria y turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, especial o de excepción.
<input type="checkbox"/>	3. 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.

#### V. 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:

1. El responsable de la afiliación o el afiliado, según corresponda.
2. El nombre y firma del funcionario de la Administradora de Riesgos Laborales.

Con la firma contenida en el numeral 1 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.

VI. FIRMAS	
	
1. El Empleador o su Representante Legal	2. Representante Legal AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

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, adicional o complementan.

AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

4993-2

Información con destino AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A



**Información con destino AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.**

Cuenta bancaria	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>
Grupo económico	<input type="text"/>

INFORMACIÓN COMERCIAL	
No. documento de identificación	<input type="text"/>
Clave	<input type="text"/>
No. documento de identificación	<input type="text"/>
Clave	<input type="text"/>
No. documento de identificación	<input type="text"/>
Clave	<input type="text"/>

**CONCEPTOS:**

**Las empresas en misión:** Corresponden a empresas a las cuales Empresas Temporales o de Vigilancia suministran personal para desarrollar una actividad.

**Sucursales:** Se entiende por Sucursal todo establecimiento secundario dotado de representación permanente en la cual se desarrollan, total o parcialmente, las actividades de la sociedad matriz.

**Centros de Trabajo:** De acuerdo con el Decreto 1530 del 26 de agosto de 1996, se entiende por centro de trabajo toda edificación o área a cielo abierto en el que laboran los trabajadores, destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

Cuando una empresa tenga más de un centro de trabajo, los trabajadores de uno o más de ellos podrán clasificarse en una clase de riesgo diferente, siempre que se cumplan algunas condiciones.

**1.1 DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA AFILIACIONES INICIALES Y DE TRASLADO:**

**1.1.1. NÓMINA INICIAL:** Base de datos de la nómina de la compañía presentada en medio magnético (Formato en Excel. Dependiendo la composición de la empresa en cuanto a sus empleados directos, independientes o estudiantes en práctica se tendrá un modelo de nómina para cada uno, la información se deberá diligenciar de la siguiente manera:

- **Empleados:** en este formato se encontrará toda la información correspondiente al tipo de empleados fijos o contratados directamente por la compañía. Los siguientes son los campos a diligenciar:
  - ✓ **No. Afiliación:** corresponde al número registrado en la parte superior derecha del formulario o el generado automáticamente por el sistema, sino lo conoce digite el número de NIT.
  - ✓ **Identificación del empleado:** debe incluir el número de identificación de su empleado, longitud mínima 4 y máxima 11.

- ✓ **Tipo de identificación:** se debe seleccionar de la lista el número según corresponda el tipo de identificación, cedula (1), tarjeta de identidad (3), cedula de extranjería (4), pasaporte (5), permiso especial de permanencia (8)

Homologación	Tipo documento
1	Cédula
3	Tarjeta de Identidad
4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte
8	Permiso Especial de Permanencia
9	Permiso por Protección Temporal

**Imagen 3:** Homologación de tipo de documento

- ✓ **Primer Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío
- ✓ **Segundo Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Primer apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío.
- ✓ **Segundo apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** El formato debe ser DD/MM/AAAA (día, mes, año). No utilice separadores ni comas. Se valida edad mínima 13 años y máxima 100. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío.
- ✓ **Género:** Diligenciar según corresponda F para femenino, y M para masculino. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío.
- ✓ **Estado civil:** El campo de estado civil es numérico. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío y será homologado de acuerdo al siguiente cuadro:

Homologación	Estado Civil
1	Soltero
2	Casado
3	Viudo o separado
4	Unión Libre

**Imagen 4:** Homologación de estado civil

- ✓ **Cargo funcionario:** En mayúsculas No digite caracteres especiales, ni comas. Campo obligatorio.
- ✓ **Tipo de salario:** 1 cuando el salario es básico, 2 cuando el salario es integral. Campo obligatorio.
- ✓ **Salario:** El ingreso base de cotización, no puede ser menor a un salario mínimo mensual legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes. Campo obligatorio.
- ✓ **EPS:** Ingresar el nombre de la EPS que corresponde a cada empleado, el código de EPS asignado por la Supersalud será ingresado automáticamente cuando se ingrese el negocio en el aplicativo de la ARL.
- ✓ **AFP:** Ingresar el nombre de la AFP que corresponde a cada empleado, el código de AFP asignado por la Supersalud será ingresado automáticamente cuando se ingrese el negocio en el aplicativo de la ARL.

- ✓ **Ocupación del empleado:** seleccionar ocupación de la lista desplegable y digita el código asignado por el DANE el cual se busca en la hoja OCUPACIÓN DE EMPLEADO, que se encuentra en el mismo libro.
- ✓ **Tipo de afiliación:** seleccionar el tipo de afiliación de la lista desplegable, se genera un código del tipo de afiliado, de acuerdo con la siguiente homologación y se visualizar de igual manera que el código de EPS, FTP, OCUPACIÓN DEL EMPLEADO:

<b>Código</b>	<b>Tipo de afiliación</b>
1	Dependiente
2	Empleada doméstica
3	Independiente
12	Aprendices SENA etapa electiva
16	Independiente agremiado
19	Aprendices SENA etapa productiva
21	Estudiantes de postgrado en salud
22	Profesor
23	Estudiantes en práctica

**Imagen 5:** Listado de códigos tipo de afiliado.

- ✓ **No. de identificación de la empresa en misión:** el número suministrado por la empresa cliente que identifica a la empresa en misión. Si no se tiene se coloca 0.
- ✓ **Nombre de la empresa en misión:** nombre de la empresa en misión en donde se encuentran los trabajadores en misión. Si no se tiene se coloca 0.
- ✓ **Código de sucursal:** código asignado por la empresa a la (s) sucursales o sedes que tenga a nivel regional o nacional.
- ✓ **Nombre de sucursal:** nombre asignado por la empresa a la (s) sucursales o sedes que tenga a nivel regional o nacional.
- ✓ **Dirección de sucursal:** dirección de la sucursal donde se encuentra el centro de trabajo correspondiente al que se diligenció en la respectiva columna anterior.
- ✓ **Responsable de sucursal:** responsable de la sucursal donde se encuentra el centro de trabajo correspondiente al que se diligenció en la respectiva columna anterior.
- ✓ **Número de contacto responsable de sucursal:** responsable de la sucursal donde se encuentra el centro de trabajo correspondiente al que se diligenció en la respectiva columna anterior.
- ✓ **Nombre Municipio de la sucursal:** seleccionar nombre del Municipio donde se encuentra la sucursal con el centro de trabajo correspondiente al que se diligenció en la respectiva columna anterior.
- ✓ **Código Centro de trabajo:** código asignado por la empresa al (los) centro (s) de trabajo que tenga por Sucursal.
- ✓ **Nombre centro de trabajo:** nombre asignado por la empresa al (los) centro (s) de trabajo que tenga por Sucursal.
- ✓ **Actividad económica del centro de trabajo:** la actividad económica debe estar acorde con la lista de actividades según el decreto 768 de 2022, se debe seleccionar el código de la actividad del centro de trabajo con base en la hoja ACTIVIDAD ECONOM.

CLASE DE RIESGO	CÓDIGO CIU Rev. 4 A.C.	DIG. ADIC.	Nueva actividad decreto 768	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA FINAL
2	111	1	2011101	Cultivo de cereales (excepto arroz), legumbres y semillas oleaginosas, incluye el cultivo de cereales como: trigo, maíz, sorgo, cebada, centeno, avena, mijo y otros cereales n.c.p.
2	111	2	2011102	Cultivo de cereales (excepto arroz), legumbres y semillas oleaginosas, incluye frijoles, habas, garbanzos, caupies, lentejas, arvejas, guandues y otras leguminosas ncp
2	111	3	2011103	Cultivo de cereales (excepto arroz), legumbres y semillas oleaginosas incluye soya, cacahuates o manies, semillas de algodón, ricino, linaza, mostaza, girasol, colza, sesamo, cartamo y otras semillas oleaginosas ncp
2	112	1	2011201	Cultivo de arroz, incluye el cultivo orgánico y el cultivo de arroz genéticamente modificado.

**Imagen 6:** Selección de código de actividad económica y hoja de ACTIVIDAD ECONOM.

- ✓ **Riesgo del centro de trabajo:** clase de riesgo en el que se encuentra el centro de trabajo correspondiente

CENTRO DE TRABAJO	TASA
Riesgo 1 (Mínimo)	0,522%
Riesgo 2 (Bajo)	1,044%
Riesgo 3 (Medio)	2,436%
Riesgo 4 (Alto)	4,350%
Riesgo 5 (Máximo)	6,960%

**Imagen 7:** Tabla de tasas de riesgos para centros de trabajo

- ✓ **Tasa de cotización del centro de trabajo:** La tasa del riesgo seleccionado anteriormente.
- **Independientes:** Es la hoja en la que se diligencia la información correspondiente a los empleados que se encuentran por un contrato de prestación de servicios o contratistas a menos que se encuentre en una agrupadora. Los siguientes son los campos por diligenciar:
  - ✓ **No. afiliación:** corresponde al número registrado en la parte superior derecha del formulario o el generado automáticamente por el sistema y se visualiza en el aplicativo de la ARL.
  - ✓ **Identificación del empleado:** debe incluir el número de identificación de su empleado, longitud mínima 4 y máxima 11.
  - ✓ **Tipo de identificación:** se debe seleccionar de la lista el número según corresponda el tipo de identificación, cedula (1), tarjeta de identidad (3), cedula de extranjería (4), pasaporte (5), permiso especial de permanencia (8)

Homologación	Tipo documento
1	Cédula
3	Tarjeta de Identidad
4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte
8	Permiso Especial de Permanencia
9	Permiso por Protección Temporal

**Imagen 8:** Homologación de tipo de documento

- ✓ **Primer Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío.

- ✓ **Segundo Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Primer apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío
- ✓ **Segundo apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** El formato debe ser DD/MM/AAAA (día, mes, año). No utilice separadores ni comas. Se valida edad mínima 13 años y máxima 100.
- ✓ **Género:** Diligenciar según corresponda F para femenino, y M para masculino.
- ✓ **Estado civil:** El campo de estado civil es numérico y será homologado de acuerdo al siguiente cuadro:

Homologación	Estado Civil
1	Soltero
2	Casado
3	Viudo o separado
4	Unión Libre

**Imagen 9:** Homologación de estado civil

- ✓ **Ciudad trabajador ind** (obligatorio)
- ✓ **Dirección trabajador ind** (obligatorio)
- ✓ **Teléfono fijo trabajador ind**
- ✓ **Celular trabajador ind**(obligatorio)
- ✓ **Correo electrónico trabajador ind** (obligatorio)
- ✓ **EPS:** Ingresar el nombre de la EPS que corresponde a cada trabajador independiente, el código de EPS asignado por la Supersalud, será ingresado automáticamente cuando se ingrese el negocio en el aplicativo de la ARL.
- ✓ **AFP:** Ingresar el nombre de la AFP que corresponde a cada trabajador independiente, el código de AFP asignado por la Supersalud, será ingresado automáticamente cuando se ingrese el negocio en el aplicativo de la ARL.
- ✓ **Fecha de inicio de contrato:** El formato debe ser AAAAMMDD (año, mes, día) de la iniciación de contrato. No utilice separadores ni comas.
- ✓ **Fecha de Fin de contrato:** El formato debe ser AAAAMMDD (año, mes, día) de la finalización de contrato. No utilice separadores ni comas.
- ✓ **Fecha de inicio de cobertura:** El formato debe ser AAAAMMDD (año, mes, día). No utilice separadores ni comas. Es importante conocer que la cobertura en riesgos laborales, se inicia al día siguiente de la afiliación por parte del contratante a la Administradora de Riesgos Laborales- ARL. Es necesario que el contratista esté afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales antes de iniciar sus labores.
- ✓ **Tipo de contrato:** Seleccionar el tipo de contrato correspondiente a cada empleado independiente.

Tipo de Contrato
Administrativo
Civil
Comercial

**Imagen 10:** Tipo de contrato a seleccionar

- ✓ **Valor del contrato:** valor total establecido en el contrato de prestación de servicios.

- ✓ **Ingreso mensual:** el valor mensual del contrato, obtenido de la división del valor total por el número de meses de vigencia del mismo.
- ✓ **Valor IBC:** valor del ingreso real aplicando todas las deducciones previstas en el Estatuto tributario, o si no se estima procedente efectuar deducciones, el ingreso base de cotización corresponderá al 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados. Este no puede ser inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.
- ✓ **Cargo o actividad a ejecutar:** Se debe diligenciar correspondiente a las labores que se van a asignar al trabajador independiente.
- ✓ **Ocupación del empleado:** seleccionar ocupación de la lista desplegable y digita el código asignado por el DANE el cual se busca en la hoja OCUPACIÓN DE EMPLEADO, que se encuentra en el mismo libro.
- ✓ **Forma de pago:** Indicar si es ANT, anticipado; MEV, vencido.
- ✓ **Suministra Transporte:** Reporte "SI", si el contratante suministra transporte.
- ✓ **Meses contrato:** Número de meses de duración del contrato.
- ✓ **Horario del lunes:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del martes:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del miércoles:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del jueves:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del viernes:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del sábado:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Horario del domingo:** escriba el horario de este día.
- ✓ **Código Tipo de afiliación:** seleccionar el tipo de afiliación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN TIPO DE AFILIADO
3	INDEPENDIENTE
34	CONCEJAL CON POLIZA DE SALUD
35	CONCEJAL MUNICIPAL O DISTRITAL QUE PERCIBE HONORARIOS NO AMPARADO CON PÓLIZA DE SALUD
	CONCEJAL MUNICIPAL O DISTRITAL QUE PERCIBE HONORARIOS NO AMPARADO CON PÓLIZA DE SALUD
36	BENEFICIARIO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL

**Imagen 11:** Tabla de tipos de afiliaciones para independientes

- ✓ **No. de identificación de la empresa en misión:** el número suministrado por la empresa cliente que identifica a la empresa en misión.
  - ✓ **Código de sucursal:** código asignado por la empresa a la (s) sucursales o sedes que tenga a nivel regional o nacional.
  - ✓ **Código Centro de trabajo:** código asignado por la empresa al (los) centro (s) de trabajo que tenga por Sucursal.
- **Estudiantes en práctica:** aplica para los estudiantes regidos por el decreto 055 de 2015, cuyo tipo de afiliación es 23. Los campos a diligenciar son los siguientes:
    - ✓ **No. afiliación:** corresponde al número registrado en la parte superior derecha del formulario o el generado automáticamente por el sistema y se visualiza en el aplicativo de la ARL.
    - ✓ **Identificación del empleado:** debe incluir el número de identificación de su empleado, longitud mínima 4 y máxima 11.
    - ✓ **Tipo de identificación:** se debe seleccionar de la lista el número según corresponda el tipo de identificación, cedula (1), tarjeta de identidad (3), cedula de extranjería (4), pasaporte (5), permiso especial de permanencia (8)

Homologación	Tipo documento
1	Cédula
3	Tarjeta de Identidad
4	Cédula de extranjería
5	Pasaporte
8	Permiso Especial de Permanencia
9	Permiso por Protección Temporal

**Imagen 12:** Homologación de tipo de documento

- ✓ **Primer Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío.
- ✓ **Segundo Nombre:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Primer apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números. Este campo es obligatorio, no puede ir vacío
- ✓ **Segundo apellido:** No utilice caracteres especiales, comas y digite todo en mayúsculas, no digite números.
- ✓ **Fecha de nacimiento (aaaa/mm/dd):** El formato debe ser DD/MM/AAAA (día, mes, año). No utilice separadores ni comas. Se valida edad mínima 13 años y máxima 100.
- ✓ **Género:** Diligenciar según corresponda F para femenino, y M para masculino.
- ✓ **Estado civil:** El campo de estado civil es numérico y será homologado de acuerdo al siguiente cuadro:

Homologación	Estado Civil
1	Soltero
2	Casado
3	Viudo o separado
4	Unión Libre

**Imagen 13:** Homologación de estado civil

- ✓ **EPS:** Ingresar el nombre de la EPS que corresponde a cada trabajador independiente, el código de EPS asignado por la Supersalud será ingresado automáticamente cuando se ingrese el negocio en el aplicativo de la ARL.
- ✓ **Fecha inicio práctica**
- ✓ **Fecha fin práctica**
- ✓ **Fecha inicio de cobertura**
- ✓ **Ingreso mensual**
- ✓ **Cargo**
- ✓ **Ocupación del empleado:** seleccionar ocupación de la lista desplegable y digita el código asignado por el DANE el cual se busca en la hoja OCUPACIÓN DE EMPLEADO, que se encuentra en el mismo libro.
- ✓ **Nombre facultad**
- ✓ **Código facultad:** es asignado por operaciones
- ✓ **Código Tipo de afiliación:** seleccionar el tipo de afiliación de la lista desplegable, es la misma lista de independientes pero en este caso se selecciona "Estudiantes en práctica (DEC 055 DE 2015", se genera un código del tipo de afiliado, de acuerdo a la siguiente homologación:

<b>Código</b>	<b>Tipo de afiliación</b>
1	Dependiente
2	Empleada doméstica
3	Independiente
12	Aprendices SENA etapa electiva
16	Independiente agremiado
19	Aprendices SENA etapa productiva
21	Estudiantes de postgrado en salud
22	Profesor
23	Estudiantes en práctica

**Imagen 14:** Listado de códigos tipo de afiliado.

- ✓ **No. de identificación de la empresa en misión:** el número suministrado por la empresa cliente que identifica a la empresa en misión.
- ✓ **Código de sucursal:** código asignado por la empresa a la (s) sucursales o sedes que tenga a nivel regional o nacional.
- ✓ **Código Centro de trabajo:** código asignado por la empresa al (los) centro (s) de trabajo que tenga por Sucursal.

Para todas las empresas nuevas, la nómina se deberá entregar en el momento de radicación de la afiliación.

### **1.1.2. Traslados de ARL:**

Para las afiliaciones de traslado, la nómina debe ser cargada al aplicativo imagine antes de iniciar vigencia con nuestra ARL, si después de iniciar vigencia no se ha cargado por la opción definida, se debe cargar la nómina solicitando retroactividad con Vo. Bo. del líder de la regional de capital humano.

- Después de cargada la nómina inicial antes del inicio de cobertura, se puede cargar una segunda nómina por la misma opción del aplicativo imagine, si después de iniciar vigencia no se cargó la segunda nómina, es necesario que la empresa realice las correspondientes novedades de ingreso y retiro presentadas en el correspondiente periodo por medio del portal.

Es importante tener los siguientes documentos en el momento de realizar la afiliación por traslados:

- Cámara de Comercio (o documento que demuestre la existencia y representación legal de la empresa) no mayor a 90 días.
- RUT
- Copia del documento de identidad del Representante Legal.
- Para afiliaciones de traslado, las tres últimas planillas de autoliquidación
- Formulario firmado por el representante legal.
- Formato de recolección de datos de accionistas.
- Para afiliaciones de traslado la carta de desafiliación de ARL anterior. Esta carta debe contener como mínimo:
  - ✓ Nombre o Razón Social de la empresa.
  - ✓ Número de Identificación Tributaria (NIT).



- ✓ Enunciado donde figure la decisión de desvinculación de la ARL anterior, indicando la fecha de vinculación a la nueva ARL.
- ✓ Nombre y firma del Representante Legal de la empresa.
- ✓ Sello o correo electrónico de recibido de la ARL anterior.

### **1.1.3. Iniciales de ARL:**

Es importante tener los siguientes documentos en el momento de realizar la afiliación empresa inicial:

- Cámara de Comercio (o documento que demuestre la existencia y representación legal de la empresa) no mayor a 90 días.
- RUT
- Copia del documento de identidad del Representante Legal.
- Carta de no pertenencia a ninguna ARL.
- Formulario firmado por el representante legal.
- Formato de recolección de datos de accionistas.