

FORMATO RESOLUCIÓN 2389 DE 2019

No. de radicación del trámite	Fecha de radicación	DÍA	MES	AÑO	Fecha inicio de afiliación	DÍA	MES	AÑO	Fecha final de afiliación	DÍA	MES	AÑO					
I. DATOS DEL TRÁMITE																	
1. Tipo de trámite <input type="checkbox"/> Afiliación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Terminación de la afiliación					2. Naturaleza jurídica del empleador Código 0 2					3. Tipo de aportante Código 0 1							
II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR																	
1. Apellidos y nombres o razón social																	
2. Tipo de documento <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					3. No. de documento					Consecutivo NIT Descentralizado							
4. Representante Legal			Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre					
5. 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					6. No. de documento					7. Correo electrónico							
III. DATOS COMPLEMENTARIOS																	
1. Datos sede principal			Código			Nombre			Dirección								
Teléfono(s) fijo			Celular			Correo electrónico											
Municipio/Distrito			Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input 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																	
1. Código de la actividad económica principal					2. Clase de riesgo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V												
IV. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO																	
1. Número de sedes			2. Número de centros de trabajo			3. Número inicial de trabajadores			4. Valor total de la nómina \$								
B. TRASLADO																	
1. ARL de la cual se traslada			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 type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SD <input 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		
												I II III IV V			\$		
												I II III IV V			\$		
												I II III IV V			\$		
												I II III IV V			\$		
Departamento			Municipio			Zona <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural											
Responsable del centro de trabajo			Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre					
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					No. de documento					Correo electrónico							
5. Estado de cuenta del empleador <input type="checkbox"/> Al día <input type="checkbox"/> En mora <input type="checkbox"/> Acuerdo de pago <input type="checkbox"/> Incumplimiento del acuerdo de pago																	
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.																	
VI. FIRMAS																	
1. El Empleador o su Representante Legal						2. Nombre y firma del funcionario de la Administración de Riesgos Laborales											

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES - SGRL

Para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

- Logo de la ARL: Espacio destinado a la ARL.
- 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 físicamente 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.
- Fecha final de la afiliación: Este dato se registra en formato día - mes - año.

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 el 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.

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	Tipo de documento de identificación
1	Cancelación por liquidación de empresa
2	Cancelación por sustitución patronal
3	Cancelación por fusión
4	Cancelación por absorción
5	Cancelación por cambio de NIT
6	Cancelación por liquidación de empresa
7	Cancelación por retiro masivo de trabajadores
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	Naturaleza jurídica del empleador
1	Pública
2	Privada
3	Mixta
4	Organismos multilaterales
5	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	Tipo de aportante al empleador
1	Empleador
3	Entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción
5	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado
6	Misión diplomática, consultar o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana
9	Pagador de aportes contrato sindical

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:

Código	Tipo de documento de identificación
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.

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).

4. 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).

5. 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.

6. 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.

7. Correo electrónico: Debe escribir la cuenta de correo institucional, inclusive los caracteres especiales (__, -).

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.

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 2.

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 (__, -).

A. AFILIACIÓN

1. 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 el Decreto 1607 de 2002 o aquel que lo modifique, adicione o sustituya.

2. 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:

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.

Código	Clase de riesgo
1	Clase I
2	Clase II
3	Clase III
4	Clase IV
5	Clase 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.

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 1607 de 2002 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:

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. 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.

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	860.002.183-9	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"/>