

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

RADICADO USO ARL



SEÑOR CONTRATANTE Y CONTRATISTA

Recuerde que en caso de renovación una vez cumplida la fecha determinación del contrato debe realizarse una nueva afiliación para continuar con la cobertura en riesgos laborales.

1. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|---|--|---|
| * No. DE IDENTIFICACIÓN | TIPO DOC. C T E P | PRIMER APELLIDO | | | |
| | | SEGUNDO APELLIDO | | | |
| PRIMER NOMBRE | | | SEGUNDO NOMBRE | | |
| * FECHA NACIMIENTO | SEXO M F | NACIONALIDAD | | | |
| EPS ACTUAL | | | AFP ACTUAL | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | | | | | |
| TELEFONO RESIDENCIA | | | CORREO ELECTRONICO | | |
| AFILIACIONES A OTRAS ARL | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | POR FAVOR MARQUE CUAL? | 14-4 COLPATRIA <input type="checkbox"/> | 14-7 BOLIVAR <input type="checkbox"/> | 14-17 ALFA <input type="checkbox"/> |
| | | | 14-18 LIBERTY <input type="checkbox"/> | 14-25 COUMENA <input type="checkbox"/> | 14-28 SURA <input type="checkbox"/> |
| | | | 14-29 EQUIDAD <input type="checkbox"/> | 14-30 MAPFRE <input type="checkbox"/> | 14-23 POSITIVA <input type="checkbox"/> |

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| CONTRATO VERBAL <input type="checkbox"/> | CONTRATO ESCRITO <input type="checkbox"/> | TIPO DE CONTRATO | ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> | COMERCIAL <input type="checkbox"/> | CIVIL <input type="checkbox"/> | PUBLICO <input type="checkbox"/> | PRIVADO <input type="checkbox"/> | SUMINISTRO DE TRANSPORTE POR PARTE DEL CONTRATANTE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| * FECHA INICIO DEL CONTRATO | AÑO | MES | DIA | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO | AÑO | MES | DIA | NO. DE MESES DEL CONTRATO | | | |
| DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO | | LUNES <input type="checkbox"/> | MARTES <input type="checkbox"/> | MIERCOLES <input type="checkbox"/> | JUEVES <input type="checkbox"/> | VIERNES <input type="checkbox"/> | SABADO <input type="checkbox"/> | DOMINGO <input type="checkbox"/> | DE 07:00 | AM <input type="checkbox"/> | PM <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | HASTA 06:00 | AM <input type="checkbox"/> | PM <input type="checkbox"/> |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | VALOR MENSUAL DEL CONTRATO | | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD A EJECUTAR | | | | | | | | | CÓDIGO | | |
| CLASE DE RIESGO CENTRO DE TRABAJO | DIRECCIÓN CENTRO DE TRABAJO | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO | | | | | | DEPARTAMENTO | | | | | |
| TELEFONO | | | FAX | | | CORREO ELECTRONICO | | | | | |
| Fecha de Inicio de Cobertura | | | | | | | | | | | |

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

| | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------|--------------------|
| * ENTIDAD CONTRATANTE | TIPO DOC. C N T E P | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | |
| No. DE DOCUMENTO | | | |
| DIRECCIÓN PRINCIPAL | | | |
| MUNICIPIO | | | DEPARTAMENTO |
| TELEFONO | | FAX | CORREO ELECTRONICO |
| ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES TALES COMO ASOCIACIONES CON FINES CULTURALES, RECREATIVOS Y ARTESANALES Y SERVICIOS DE LA ORGANIZACIÓN DE EVENTOS DE CAPACITACIÓN, SOCIALES Y/O FORMACIÓN. | | CÓDIGO |
| * DATOS REPRESENTANTE LEGAL | TIPO DE DOC. C T E P | PRIMER APELLIDO | |
| No. DOCUMENTO | | | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DEL 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 2800 DE 2003, LEY 1562 DE 2012 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

| | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|----------------------------|--------|
| ES MI VOLUNTAD AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES. | DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SUMINISTRADA. | PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | CLASE DE RIESGO | TARIFA |
| | | MARQUE SI LA AFILIACIÓN ES DE MADRE COMUNITARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| FIRMA TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | FIRMA DEL CONTRATANTE | | FIRMA FUNCIONARIO ARL | |
| | | NOMBRE EDWIN TAMARA POLO | | CARGO GERENTE SALUD Y VIDA | |

* LOS CAMPOS MARCADOS CON ASTERISCO QUE PRESENTEN TACHONES Y/O ENMENDADURAS GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO.

Diligencie el formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros. Los campos marcados con asterisco (*) No admiten correcciones.

1. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TIPO Y No. DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponda así: C si es cédula de ciudadanía, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte.

- PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRES: Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.
- FECHA NACIMIENTO: Escriba en números arábigos la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día. De acuerdo con el documento de identidad.
- SEXO: Llene la casilla correspondiente M = masculino o F = femenino.
- NACIONALIDAD: Escriba el país de origen.
- EPS ACTUAL: Escriba la Empresa Promotora de Salud en la que se encuentra afiliado.
- AFP ACTUAL: Escriba la Administradora de Fondo de Pensiones en la que se encuentra afiliado.
- DIRECCION RESIDENCIA: Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad / municipio donde reside.
- DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde reside.
- TELEFONO: Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia.
- CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico personal.
- AFILIACIONES A OTRAS ARL: Si se encuentra afiliado a otra ARL marque a cuál e indique los días y el horario.

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO:

CONTRATO VERBAL O ESCRITO: Marque según corresponda si es verbal o es por escrito.

TIPO DE CONTRATO: Marque si es un contrato Administrativo, Comercial o Civil.

PUBLICO O PRIVADO: Marque si el contrato lo realiza con una Empresa Pública o Privada.

SUMINISTRO DE TRANSPORTE POR PARTE DEL CONTRATANTE:

Marque según corresponda si el contratante le suministra transporte.

PAGO DE LA COTIZACIÓN: Marque según corresponda si la cotización se va a realizar por anticipado o mes vencido y escriba el número de meses.

- FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Escriba el año, mes y día de la iniciación del contrato.
- FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO: Escriba el año, mes y día de la terminación del contrato.
- HORARIO DE TRABAJO: Escriba el horario en el que va a realizar la actividad en días y horas.
- VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Escriba el valor total del contrato.
- VALOR MENSUAL DEL CONTRATO: Escriba el valor mensual del contrato, obtenido de la división del valor total por el número de meses de vigencia del mismo.

INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: Escriba el valor del ingreso real aplicando todas las deducciones previstas en el artículo 107 del Estatuto Tributario, o si no se estima procedente efectuar deducciones, el ingreso base de cotización podrá corresponder hasta el 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados sin ser inferior a un (1) SMCMV.

- ACTIVIDAD A EJECUTAR: Escriba la actividad o labor que va a realizar.
- CODIGO: Uso ARL
- CLASE DE RIESGO: Escriba la clase de riesgo de la labor a ejecutar.
- CLASE DE RIESGO CENTRO DE TRABAJO: Escriba la clase de riesgo que tiene asignado el centro de trabajo donde va a realizar las actividades (diligenciado por el contratante).
- DIRECCION CENTRO DE TRABAJO: Escriba la dirección del centro de trabajo de forma completa.
- MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad / municipio del centro de trabajo.
- DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento del centro de trabajo.
- TELEFONO: Escriba en esta casilla el número telefónico del contratante.
- FAX: Escriba en esta casilla el número de fax del contratante.
- CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico del centro de trabajo.

3. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ENTIDAD CONTRATANTE: Corresponde a la información de la persona o entidad contratante.

TIPO Y No. DE DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponde así: C si es cédula de ciudadanía, N si es Número de Identificación Tributaria, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte, escriba en las casillas el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.

- NOMBRE O RAZON SOCIAL: Escriba el nombre de la persona o entidad contratante.
- DIRECCION PRINCIPAL: Escriba la dirección principal de la persona o entidad contratante.
- MUNICIPIO: Escriba el nombre de la ciudad / municipio del contratante.
- DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento de contratante.
- TELEFONO: Escriba en esta casilla el número telefónico del contratante.
- FAX: Escriba en esta casilla el número de fax del contratante.
- CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico del contratante.
- ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: Escriba la actividad económica principal del contratante y el código de la actividad que realiza.

DATOS REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO Y No. DOCUMENTO: Llene la casilla que corresponda así:

C si es cédula de ciudadanía, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte del representante legal.

PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRES: Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido del representante legal.

FIRMAS:

- FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE: El trabajador independiente procede a firmar el formulario de afiliación a la ARL.
- FIRMA DEL CONTRATANTE: Firma del contratante.

Cualquier consulta adicional con gusto lo atenderemos en la línea 018000 118546 desde cualquier lugar del país sin costo alguno o en Bogotá al 7425119 - 5524570.

POR FAVOR ANEXAR PARA SU RADICACIÓN

1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
2. AFILIACIÓN Y/O ÚLTIMO PAGO DE E.P.S. Y A.F.P.
3. LA RADICACIÓN IMPLICA LA PREVIA VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS POR PARTE DE LA ARL.

TENGA EN CUENTA

- A. El valor máximo a pagar como IBC es el equivalente a 25 SMLMV.
- B. Se cotiza sobre el 40% del valor del contrato y para riesgos IV y V, el pago lo asume el contratante.
- C. Los pensionados contratistas o entidades contratantes de estos, solo deberán cotizar a riesgos laborales y el monto máximo será de hasta 25 SMLMV

I. Que para efectos de acceder u ofrecer la prestación de servicios por parte a LA ASEGURADORA, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende al servicio contratado, declaro expresamente que:

I. Que LA ASEGURADORA me han informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA, xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), xii) Intercambio de información tributaria en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia, xiii) La prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento y Vinculación se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del Tratamiento de la Información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

- a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INIF – Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Declaro que conozco y puedo acceder a la Políticas de protección de datos personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.segurosaurora.com