



# SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

FORMULARIO DE AFILIACION No. 

**Compañía de Seguros de Vida S.A**  
 NIT. 860.022.1375  
 CRA 7. N° 74 - 21 PISO 1  
 TEL: 5524570/ 7425149

Autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, para explotar el ramo de Seguros de Riesgos Laborales mediante Resolución No. 1142 de Mayo 30 de 1995.

Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales, el domicilio de ARL SEGUROS DE VIDA AURORA S.A., es la ciudad de Bogotá D.C., y la dirección de notificaciones es Carrera 9 No. 70 -69

<b>Clasificación de afiliación</b>		<b>Fecha inicio cobertura</b>			<b>Administradora de la cual se desafilia</b>		
PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>	TRASLADO <input type="checkbox"/>	D	M	A			
<b>DOCUMENTOS ANEXOS</b>		Carta <input type="checkbox"/>	Constancia Afiliación ARL <input type="checkbox"/>		Recibos de Pago Trimestre <input type="checkbox"/>	Otro: Carta 1a vez <input type="checkbox"/>	
		Desvinculación ARL <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>		inmediatamente <input type="checkbox"/>		

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA				
<b>Nombre o Razón Social</b>		<b>Tipo de identificación</b>	<b>Identificación</b>	<b>DV</b>
		NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		
<b>Dirección Principal</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Fax</b>	
<b>Email</b>				
<b>Departamento</b>		<b>Ciudad y/o Municipio</b>		
<b>Código Actividad</b>	<b>Descripción Actividad Económica</b>			

<b>Sector</b>	Urbano <input type="checkbox"/>	<b>Naturaleza</b>			<b>Número Centros de Trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Número Inicial Trabajadores</b>	<input type="checkbox"/>
	Rural <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>				

Son afiliados y están cubiertos por el Sistema General de Riesgos Laborales los trabajadores dependientes del empleador que se realacionan en el ANEXO de este formulario de Afiliación y los que posteriormente se incorporen mediante formulario de "Novedades de ingreso y retiro de Trabajadores".

COD CENTRO	ACTIVIDAD ECONOMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD	No TRAB.	RIESGO CLASE	TARIFA	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPTO	TELEFONO	FAX

<b>FIRMA DEL EMPLEADOR O SU REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>COMPañÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A.</b>	<b>Persona que recibe</b>			
		<b>Cargo</b>			
		<b>Ejecutivo Comercial</b>	<b>Identificación</b>	<b>Nombre</b>	
		<b>Zonal</b>	<b>Fecha y Hora Recepción</b>		
		D	M	A	<b>HORA</b>

Con este formulario se perfecciona la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y constituye el respectivo contrato de administración de riesgos laborales regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y en el decreto 1295 de 1994. Las declaraciones contenidas en los anexos corresponden a la fecha de presentación del formulario de afiliación del cual hacen parte integral y podrán ser modificados en cualquier tiempo mediante formularios de novedades, las cuales se entenderán incorporadas con su sola presentación

EX AR FO.01 V2.16/09/2013