



Compañía de Seguros de Vida Aurora S. A.

NIT. 860.022.137-5

Cra. 7a. No. 74-21 Pisos 1-2-3

Tel.: 319 2930 - Fax: 345 4980

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

FORMULARIO DE AFILIACION No. _____

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

Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Profesionales, el domicilio de ARP SEGUROS DE VIDA AURORA S.A., es la ciudad de Bogotá D.C., y la dirección de notificaciones es Carrera 7 No. 74 21 Pisos 1-2-3

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Nombre o Razón Social | | Tipo de Identificación | | Identificación | | DV |
| | | NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dirección Principal | | Teléfono | | Fax | | |
| Email | | | | | | |
| Departamento | | Ciudad y/o Municipio | | | | |
| Sector | Urbano <input type="checkbox"/> | Naturaleza | | | Número Centros de Trabajo | Número Inicial Trabajadores |
| | Rural <input type="checkbox"/> | Publica <input type="checkbox"/> | Privada <input type="checkbox"/> | Mixta <input type="checkbox"/> | | |

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|----------------------------|--|-------|
| Tipo de Identificación | | Número Identificación | | Nombre Representante Legal | | Cargo |
| NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|
| Clase de afiliación | | Fecha inicio cobertura | | | Administradora de la cual se desafilia | |
| PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> | | D | M | A | | |
| DOCUMENTOS ANEXOS | | Carta Desvinculación ARP <input type="checkbox"/> | | Constancia Afiliación ARP Anterior <input type="checkbox"/> | | Recibos de Pago Trimestre inmediatamente Anterior <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------|---------------------------------|
| Código Actividad | Descripción Actividad Económica |
| | |

Son afiliados y están cubiertos por el Sistema General de Riesgos Profesionales los trabajadores dependientes del empleador que se relacionan en el ANEXO de este formulario de Afiliación y los que posteriormente se incorporen mediante formulario de "Novedades de Ingreso y Retiro de Trabajadores".

DATOS CENTROS DE TRABAJO

| CÓD CENTRO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO ACTIVIDAD | NO. TRAB. | RIESGO | DIRECCIÓN | MUNICIPIO | DEPTO. | TELÉFONO | FAX |
|------------|---------------------|------------------|-----------|--------|-----------|-----------|--------|----------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|---------------------|----------------------------|
| FIRMA DEL EMPLEADOR O SU REPRESENTANTE LEGAL | COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA AURORA S.A. | Persona que recibe | |
| | | Cargo | |
| | | Ejecutivo Comercial | Identificación Nombre |
| | | Zonal | |
| | | | D M A Hora |

Con este formulario se perfecciona la afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales y constituye el respectivo contrato de administración de riesgos profesionales, 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.