



| | | | | | |
|---------------------------|---|---|-------------------------------------|----|--|
| 1. Ciudad | | | 2. Departamento | | |
| Ubicación de la Empresa | | | | | |
| 3. Fecha Diligenciamiento | | | Empresa trabajadores independientes | | |
| D | M | A | Si | No | |

Nombre de la estrategia

- 1. Corporativo Davivienda
- 2. Empresarial Davivienda
- 3. Pymes Davivienda
- 4. otro ¿Cual? _____

No. de Solicitud

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES NIT 860.002.503-2
Autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia para explotar el ramo de seguros de riesgos laborales, mediante la resolución 2511 de Nov. 18 de 1994.

Datos Generales Empleador

| | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------|--|
| 4. Tipo Empleador | | | 5. Tipo de Persona | | |
| Contratante <input type="radio"/> Agremiación <input type="radio"/> Asociación <input type="radio"/> CTA. <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Cuál _____ | | | Natural <input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/> | | |
| 6. Naturaleza Jurídica | | | | | |
| Privada <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Organismos Multilaterales <input type="radio"/> Entidades de derecho público no sometidas a la legislación colombiana <input type="radio"/> | | | | | |
| 7. Nombre o Razón Social | | | 8. Documento de Identificación | | |
| | | | C.C. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> No. _____ | | |
| 9. Dirección Sede Principal (Centro de Trabajo 01) | | 10. Teléfono | | 11. Celular | |
| | | | | | |
| 12. Zona | | 13. Nombre Representante Legal | | 14. Cargo Representante Legal | |
| Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> | | | | | |
| 15. Actividad Principal de la Empresa | | CIU | | Código | |
| | | | | Clase de Riesgo Principal | |
| | | | | | |
| 16. Centros de Trabajo | | Régimen | | Antigüedad de la Compañía | |
| (Principal y sucursales) | | Común <input type="radio"/> Simplificado <input type="radio"/> | | Años | |
| | | | | E-Mail | |
| | | | | | |

TRABAJADORES DEPENDIENTES: Son afiliados y están cubiertos por el sistema General de Riesgos Laborales los trabajadores dependientes del empleador que se relacionan en el ANEXO de este formulario de afiliación y los que posteriormente se incorporen mediante formularios de "Novidades - Ingreso y retiro de trabajadores"

Datos de la Afiliación

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 17. Afiliación de Trabajadores | | | 18. Clase de Afiliación | | |
| No. Inicial: _____ <small>Incluidos en el Anexo (FORMA AT-003. Relación Inicial de Trabajadores)</small> | | | Magnético <input type="radio"/> Físico <input type="radio"/> | | |
| | | | Primera Vez <input type="radio"/> Traslado <input type="radio"/> | | |
| 19. Fecha Inicio Vigencia | | 20. Intermediarios Designados | | 21. Requiere Reclasificación | |
| D M A | | Nombre Intermediario | | Clave | |
| | | Nombre Intermediario | | Clave | |
| | | Nombre Intermediario | | Clave | |
| | | | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| 22. Nombre Entidad de la cuál se Desafilia | | Encargado Salud Ocupacional | | Encargado de Pagos | |
| | | Cargo: | | Cargo: | |
| | | | | | |
| 23. Envío de Carnés | | Esta Empresa Forma Parte de un Grupo Empresarial | | 24. Su Organización Tiene Sindicato | |
| Centralizado <input type="radio"/> Descentralizado <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Grupo: _____ | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| 25. Suministra transporte a contratistas | | 26. Suministra transporte a trabajadores dependientes | | EN CASO DE TRASLADO DE A.R.L. Favor adjuntar los siguientes documentos: | |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | <ul style="list-style-type: none"> - Copia de los 3 últimos recibos de pago, los cuales se relacionarán individualmente. - Copia carta de desafiliación con el sello de recibido por parte de la A.R.L. de la cual se desafilia, con indicación de la fecha de terminación de la afiliación. - Constancia de afiliación (Será expedida por la A.R.L. anterior). | |

Certificaciones

1. En mi calidad de representante Legal de la empresa Nit acredito y certifico que la empresa hace parte del grupo empresarial Nit: Razón Social , Adicionalmente el SISO encargado para todo el grupo es: identificada con ID .

Administrador Portal Web

| 27. Nombres y Apellidos | | | | Tipo de Documento | No. de Documento |
|---|--|----------------------|--------------------|---|------------------|
| | | | | C.C. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> | |
| Género | Fecha de Nacimiento | Ciudad de Nacimiento | Correo Electrónico | | |
| M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> | | | | |
| Nacionalidad | | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | | |
| | | | | | |

Autorizo expresamente a "Seguros Bolívar S.A." para compartir con las demás entidades subordinadas o controladas por Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que repose en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última.

Autorización

De acuerdo con la Ley 2300 de 2023 Artículo 2, Autorizo a la ARL Seguros Bolívar, enviar información a través de los siguientes canales:

- Correo Electrónico
 Dirección de Correspondencia física
 Llamada Telefónica
 Mensaje de Texto

Si, la opción marcada anteriormente es diferente a correo electrónico, es necesario se registre en el campo E-MAIL de los datos generales del empleador, una dirección de correo electrónico, en la cual pueda recibir detalles de información correspondiente de la empresa que usted representa.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
C.C. No.
NOMBRE



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
SEGUROS BOLIVAR

FIRMA VENDEDOR
C.C. No.
CLAVE O CÓDIGO:

FIRMA DIRECTOR COMERCIAL

SELLO DE RADICACIÓN DEL DOCUMENTO

Lugar y Fecha

Hora de Recepción

Persona Quien Recibe

Las declaraciones contenidas en los anexos corresponden a la fecha de presentación del formulario de afiliación del cual hacen parte integral y podrán ser modificadas en cualquier tiempo mediante formulario de novedades, las cuales se entenderán incorporadas con su sola presentación.

CLÁUSULA

Señor empleador, tenga en cuenta que el administrador delegado de la página WEB de la ARL de Seguros Bolívar, que usted designe, tiene la posibilidad de asignar a otros funcionarios de su empresa o a terceros facultados y avalados como usuarios de dicha página, además de efectuar todas las modificaciones sobre afiliaciones, retiros y en general novedades de su empresa, razón por la cual:

1. Se hace responsable de las consecuencias negativas tanto para su empresa como para la ARL, que pueda acarrear la introducción al sistema de información incorrecta o no veraz.
2. Declara que los funcionarios que asigne como usuarios de la página WEB de la ARL de Seguros Bolívar, o la persona a la que traspase la función de la administración delegada de la página WEB de la ARL de Seguros Bolívar, son personas que en realidad laboran para su empresa al momento de efectuar dicha asignación o son terceros a quien usted faculta y autoriza para el manejo de su información, de forma tal que en el evento en que no lo sean, asume la responsabilidad por las consecuencias negativas que ello conlleve tanto para su empresa como para la ARL.
3. Son intermediarios de seguros las sociedades corredoras de seguros, los agentes y las agencias de seguros, que tiene en común la promoción de la celebración de contratos de seguros y por tanto median entre la compañía de seguros y el tomador del seguro.

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE AFILIACIÓN

De acuerdo con el Decreto 1562 de 2012 "Artículo 13. Afiliados. Son afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales: a) En forma obligatoria: 1. Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros, vinculados mediante contrato de trabajo escrito o verbal y los servidores públicos; las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación. 2. Las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado son responsables conforme a la ley, del proceso de afiliación y pago de los aportes de los trabajadores asociados. Para tales efectos le son aplicables todas las disposiciones legales vigentes sobre la materia para trabajadores dependientes y de igual forma le son aplicables las obligaciones en materia de salud ocupacional, incluyendo la conformación del Comité Paritario de Salud Ocupacional (Copaso). 3. Los jubilados o pensionados, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos. 4. Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución o cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley por parte de los Ministerios de Salud y Protección Social. 5. Los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio de Trabajo como de alto riesgo. El pago de esta afiliación será por cuenta del contratante. 6. Los miembros de las agremiaciones o asociaciones cuyos trabajos signifiquen fuente de ingreso para la institución. 7. Los miembros activos del Subsistema Nacional de primera respuesta y el pago de la afiliación será a cargo del Ministerio del Interior, de conformidad con la normatividad pertinente. b) En forma voluntaria: Los trabajadores independientes y los informales, diferentes de los establecidos en el literal a) del presente artículo, podrán cotizar al Sistema de Riesgos Laborales siempre y cuando coticen también al régimen contributivo en salud y de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo en la que se establecerá el valor de la cotización según el tipo de riesgo laboral al que está expuesta esta población."

NOTA IMPORTANTE

- EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEBERÁ SER FIRMADO ÚNICAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR PARA QUE ESTA AFILIACIÓN TENGA VALIDEZ.
- LOS ANEXOS, FORMULARIO DE NOVEDADES Y AUTOLIQUIDACIÓN PODRÁN SER FIRMADOS POR LA PERSONA QUE EL EMPLEADOR DESIGNE PARA EL EFECTO, EN CADA UNO DE LOS CENTROS, SECCIONALES U OFICINAS.
- LA DESIGNACIÓN O DESIGNACIONES SE HARÁN MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.
- EN LA MISMA FORMA DEBERÁN SER INFORMADOS LOS CAMBIOS EN DICHAS DESIGNACIONES, LOS CUALES OPERARÁN A PARTIR DEL RECIBO DEL AVISO POR LA ADMINISTRADORA.
- NO SE ADMITEN TACHONES NI ENMENDADURAS.
- LA COBERTURA DEBE SER CON FECHA POSTERIOR AL SELLO DE RADICADOS LOS DOCUMENTOS.