


| | | |
|---|--|------------------|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | CÓDIGO: TH-FO-51 |
| | AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE ARL Y REPORTE SOBRE DISCAPACIDAD | VERSIÓN: 2 |

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2.2.4.2.4 del Decreto 1072 de 2015, reglamentario único del sector salud, según el cual, las personas vinculadas a través de contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privada, para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, tienen el derecho a la libre escogencia de su Administradora, debiendo afiliarse a una sola; diligencie la siguiente información.

Marque con una X la ARL en la cual elige estar afiliado:

- ARL AURORA
- ARL COLMENA
- ARL COLPATRIA
- ARL LA EQUIDAD
- ARL LIBERTY
- ARL POSITIVA
- ARL SURA
- OTRA ¿cuál?:

Nota. El contrato de prestación de servicios no podrá iniciar hasta tanto tenga cobertura en riesgos laborales, es decir, no quedará perfeccionado y se debe tener en cuenta que las afiliaciones y el reporte de novedades ante la ARL deberá cumplir el procedimiento establecido por cada Entidad Prestadora de Salud, así las cosas, el tiempo de inicio de cobertura y cualquier tipo de novedad que se presente estará sujeto a la ARL que usted eligió.

PUNTOS DE INTERÉS:

1. La Entidad se encuentra afiliada a la ARL Positiva Compañía de Seguros, por lo tanto, cuenta con usuario para el ingreso directo a las plataformas y los tramites se realizan de manera interna, esto, le brinda beneficios en las gestiones administrativas que lleguen a requerir.
2. La afiliación se tramita una vez el contrato se encuentra suscrito, dado que, es necesario conocer los datos del contrato tales como valores y tiempo.
3. La afiliación a la ARL debe hacerse por cada contrato que suscriba con la URT

DATOS PERSONALES PARA LA AFILIACIÓN:

- **Nombre completo:** _____
- **Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa:** _____
- Tiene algún tipo de discapacidad: Si No
- ¿Cuál de los siguientes tipos de discapacidad tiene usted? Marque con una X según corresponda:
- Discapacidad física: Todo aquel tipo de limitación generada por la presencia de una problemática vinculada a una disminución o eliminación de capacidades motoras o físicas
- Discapacidad sensorial: Hace referencia a la existencia de limitaciones derivadas de la existencia de deficiencias en alguno de los sentidos que nos permiten percibir el medio sea externo o interno
- Discapacidad intelectual: Se define como toda aquella limitación del funcionamiento intelectual que dificulta la participación social o el desarrollo de la autonomía o de ámbitos como el académico o el laboral
- Discapacidad psíquica: Situación en que se presentan alteraciones de tipo conductual y del comportamiento adaptativo
- Cuenta con certificación de su EPS como discapacitado: Si No En caso de estar certificado por favor anexas el soporte
- **Dirección de residencia:** _____
- **No Celular:** _____
- **Firma y fecha del diligenciamiento:** _____