



**LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SST DE
INGRESO PARA SERVIDORES PÚBLICOS,
CONTRATISTAS Y PRACTICANTES / AFILIACIÓN ARL**

Fecha:	31-08-2022
Versión:	10
Código:	TH-FO-03

Nombre Completo:								
Tipo de documento:		CC ___ CE ___ Pasaporte ___ Otro ___		Número del documento:				
Fecha de nacimiento:				Género:				
Nacionalidad:				Tipo de vinculación		Servidor Público ___ Contratista ___ Practicante ___		
¿Pensionado?		Si ___ No ___		¿pensionado en el extranjero?		Si ___ No ___		
EPS:			Pensión:		ARL: A esta ARL será afiliado por la Entidad.	ARL Positiva <u>(de la entidad – servidores públicos y practicantes)</u>		
						ARL Sura		
						ARL Colmena		
						Otro:		
Departamento de residencia:				Ciudad de residencia:				
Barrio de residencia:				Dirección de residencia:				
Correo electrónico personal:				Número de celular:				
Dependencia y/o Grupo al que pertenece		Dirección, Subdirección u Oficina:		Perfil:	Biótico		Físico	
					Social		Jurídico	
		Grupo:			Administrativo		Otro	
					¿Trabaja con cultivos ilícitos?		Si:	No:
					¿Trabaja en rellenos sanitarios?		Si:	No:
Fecha de inicio del futuro contrato				Fecha final del futuro contrato:				
		Solo aplica para contratistas y practicantes				Solo aplica para contratistas y practicantes		
Valor total del futuro contrato:		§		Valor mensual del futuro contrato:		§		
		Solo aplica para contratistas				Solo aplica para contratistas		
¿Es primer contrato con la entidad?		Si ___ No ___ NA ___ Solo aplica para contratistas		¿Es una prórroga del contrato ya existente?		Si ___ No ___ NA ___ Solo aplica para contratistas		
				¿Está recibiendo la cesión de un contrato?		Si ___ No ___ NA ___ Solo aplica para contratistas		

Tipo de riesgo en ARL	De acuerdo con la información que registre a continuación, será afiliado a la ARL de esta forma (si tiene dudas por favor preguntar a la persona que está dirigiendo su contratación)	Servidores Públicos y Practicantes	Serán afiliados principalmente en este riesgo y si posteriormente realizará comisiones, la entidad realizará el cambio		Riesgo I
		Contratistas	Personal ADMINISTRATIVO, JURÍDICO U OTROS que NO SALE a comisión:		
			Personal JURÍDICO que SALE a comisión:		
			Personal BIÓTICO, FÍSICO, SOCIAL y ADMINISTRATIVO que SALE a comisión:		
					Riesgo III

FAVOR ENTREGAR 1 ORIGINAL Y 2 COPIAS DE ESTE FORMATO DILIGENCIADO.



**LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SST DE
INGRESO PARA SERVIDORES PÚBLICOS,
CONTRATISTAS Y PRACTICANTES / AFILIACIÓN ARL**

Fecha:	31-08-2022
Versión:	10
Código:	TH-FO-03

DOCUMENTACIÓN PARA ENTREGAR FÍSICAMENTE AL GRUPO DE GESTIÓN HUMANA (SST)	SERVIDOR PÚBLICO		CONTRATISTA		PRACTICANTE	
	SI APLICA	NO APLICA	SI APLICA	NO APLICA	SI APLICA	NO APLICA
1. Fotocopia del Concepto de aptitud de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso de acuerdo con el profesiograma actual de la entidad, la Resolución 2346 de 2007 y el Instructivo TH-IN-4		X	X			X
2. Fotocopia del Carné de Vacunación (<i>solo para colaboradores que salgan a comisión</i>). La vacunación debe ser de acuerdo con el instructivo TH-IN-4 y el profesiograma actual de la entidad. (Tétano, Fiebre Amarilla, COVID-19 / Pasaporte Sanitario, entre otros)		X	— Si sale a comisión			X
3. Registro fotográfico / pantallazo impreso de la evaluación de la inducción SST en la plataforma, donde se evidencie su nombre y calificación obtenida . Link CONTRATISTAS Y PRACTICANTES : hacer clic aquí Link SERVIDORES : hacer clic aquí	X		X		X	
4. Registro fotográfico / pantallazo impreso de la realización de la encuesta de Perfil Sociodemográfico y Condiciones de Vulnerabilidad en la plataforma. Link: https://forms.office.com/r/S5s8gcikLr	X		X		X	
5. Certificado de compromiso del Código de Integridad TH-FO-41 debidamente diligenciado .	X		X		X	
6. Certificado Buceo (<i>Personal de SELA o de la SSLA que podrían realizar actividades de Buceo</i>)	— Personal que realice buceo		— Personal que realice buceo			X

DEL CARO HABER RECIBIDO LA SIGUIENTE INFORMACION Y ME COMPROMETO A DAR CUMPLIMIENTO SOBRE LO SIGUIENTE:

- Conocer, poner en práctica y cumplir el **Protocolo de Bioseguridad** adoptado y adaptado por la entidad a través de la **Resolución No 01043 del 10 de junio de 2020**, durante el tiempo que permanezca en las instalaciones, lugar de trabajo y en el ejercicio de las labores que me sean designadas contractualmente.
- **Asistir a las capacitaciones de SST y acatar las medidas** realizadas por Gestión Humana de la entidad.
- Conocer, comprometerme y dar cumplimiento estricto al **"Manual de autoprotección y seguridad de riesgo público GA-MN-03, Matriz de EPPs y Plan Estratégico de Seguridad Vial GA-PN-01"** de la entidad.
- Conocer, comprometerme y dar cumplimiento estricto a la **Matriz de identificación de peligros, Procedimiento de Trabajo Seguro en Comisiones, valoración de riesgos y determinación de controles – IPVRDC, Formato MEDEVAC, Análisis de Trabajo Seguro ATS, Plan de respuestas ante emergencias, Matriz de elementos de protección personal, Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo SST. (SGI), Código de integridad ANLA y Matriz de funciones y responsabilidades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo; estas responsabilidades de los trabajadores serán verificadas por GH en la última cuenta de cobro del contrato.**
- **Me comprometo a usar** de forma correcta los elementos de protección personal indicados para la realización de mis actividades de acuerdo con la matriz de EPPs. Me comprometo a **cuidar mis comportamientos al portar los logos de la entidad.**

FIRMA DEL COLABORADOR	APROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE GESTIÓN HUMANA – SST		
<p align="center">Firma Servidor Público, Contratista o Practicante</p>	Nombre servidor del equipo de SST :	Firma del servidor del equipo SST :	
	Fecha de aprobación →		
	¿Comisiona?	Si ___ No ___	
	ARL a la que se afiliará el colaborador →		Nivel Riesgo →
	Observaciones:		

FAVOR ENTREGAR 1 ORIGINAL Y 2 COPIAS DE ESTE FORMATO DILIGENCIADO.