



**LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SST  
PARA CONTRATISTAS Y PRACTICANTES /  
AFILIACION ARL**

Fecha: 06-10-2021

Versión: 7

Código: TH-FO-03

Página: Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE A CONTRATISTA**

Nombre Completo							
Tipo de documento:	CC ___ CE ___ Pasaporte ___ Otro ___	Número del documento					
Fecha de nacimiento:			Género:				
Nacionalidad:			¿Contratista o Practicante?				
¿Pensionado?	Si ___ No ___		¿pensionado en el extranjero?		Si ___ No ___		
EPS:		Pensión:		<b>ARL:</b> A esta ARL será afiliado por la Entidad.	ARL Positiva <i>(de la entidad)</i>		
					ARL Sura		
					ARL Colmena		
					ARL Axa Colpatria		
					ARL Seguros Bolívar		
					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:				
Valor total del futuro contrato:	\$		Valor mensual del futuro contrato:		\$		
¿Es primer contrato con la entidad?	Si _ No _	¿Es una prórroga del contrato ya existente?	Si ___ No ___	¿Está recibiendo la sesión de un contrato?	Si ___ No ___		
<b>De acuerdo con la información que registre a continuación, será afiliado a la ARL de esta forma.</b>  (si tiene dudas por favor preguntar a la persona que está dirigiendo su contratación)	Personal ADMINISTRATIVO, JURÍDICO U OTROS que <b>NO SALE</b> a comisión:				Riesgo I		
	Personal JURÍDICO que <b>SALE</b> a comisión:				Riesgo I		
	Personal BIÓTICO, FÍSICO, SOCIAL y ADMINISTRATIVO que <b>SALE</b> a comisión:				Riesgo III		



**LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTACIÓN SST  
PARA CONTRATISTAS Y PRACTICANTES /  
AFILIACION ARL**

Fecha: 06-10-2021

Versión: 7

Código: TH-FO-03

Página: Página 2 de 2

DOCUMENTACIÓN PARA ENTREGAR <u>FISICAMENTE</u> AL GRUPO DE GESTIÓN HUMANA (SST)	SI APLICA	NO APLICA
1. Fotocopia del Concepto de aptitud de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso de acuerdo con el <b>profesiograma actual</b> de la entidad, la <b>Resolución 2346 de 2007</b> y el <b>Instructivo TH-IN-4</b>	X	
2. Fotocopia del Carné de Vacunación ( <i>solo para colaboradores que salgan a comisión</i> ). La vacunación debe ser de acuerdo con el <b>instructivo TH-IN-4</b> y el <b>profesiograma actual</b> de la entidad. (Tétano, Fiebre Amarilla, COVID-19 / Pasaporte Sanitario, entre otros)		
3. Registro fotográfico / pantallazo impreso de la evaluación de la <b>inducción SST</b> en la plataforma, donde se evidencie su <u>nombre y calificación obtenida</u> . Link: <a href="https://forms.office.com/r/zmksg84WUj">https://forms.office.com/r/zmksg84WUj</a>	X	
4. Registro fotográfico / pantallazo impreso de la realización de la encuesta de <b>Perfil Sociodemográfico y Condiciones de Vulnerabilidad</b> en la plataforma. Link: <a href="https://forms.office.com/r/S5s8gcikLr">https://forms.office.com/r/S5s8gcikLr</a>	X	
5. Certificado de compromiso del Código de Integridad TH-FO-41 <b>debidamente diligenciado</b> .	X	
6. Formato firmado de "Compromiso de cumplimiento referente a Seguridad y Salud en el Trabajo TH-FO-02"	X	
7. Prueba de embarazo ( <b>mujeres que comisionen; solo se aceptará si tiene fecha de realización de 1 mes antes de inicio de contrato. Aplica solo para mujeres igual o menor a 45 años</b> )		
8. Certificado Buceo ( <i>Personal de SELA o de la SSLA que podría realizar actividades de Buceo</i> )		

FIRMA DEL CONTRATISTA	APROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE GESTIÓN HUMANA – SST		
<hr/> Firma Contratista	Nombre colaborador <u>SST</u> :	Firma <u>SST</u> :	
	Fecha de aprobación →		
	¿Comisiona?	Si ___ No ___	
	ARL a la que se afiliará el colaborador →		Nivel Riesgo →
	Observaciones:		

**FAVOR IMPRIMIR 2 EJEMPLARES DE ESTE FORMATO** (Original irá para Gestión Contractual y copia quedaría en Gestión Humana)