



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

Fecha: 05-04-2022

Versión: 9

Código: TH-FO-03

Página: Página 1 de 2

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

<b>Tipo de riesgo en ARL</b>	<b>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)</b>	<b>Servidores Públicos y Practicantes</b>	Serán afiliados principalmente en este riesgo y si posteriormente realizará comisiones, la entidad realizará el cambio		<b>Riesgo I</b>
		<b>Contratistas</b>	Personal ADMINISTRATIVO, JURÍDICO U OTROS que <b>NO SALE</b> a comisión:		
			Personal JURÍDICO que <b>SALE</b> a comisión:		
			Personal BIÓTICO, FÍSICO, SOCIAL y ADMINISTRATIVO que <b>SALE</b> a comisión:		<b>Riesgo III</b>

**FAVOR ENTREGAR 1 ORIGINAL Y 2 COPIAS**



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

Fecha: 05-04-2022

Versión: 9

Código: TH-FO-03

Página: Página 2 de 2

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 <b>profesiograma actual de la entidad, la Resolución 2346 de 2007 y el Instructivo TH-IN-4</b>		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 <b>instructivo TH-IN-4 y el profesiograma actual de la entidad</b> . (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 <b>inducción SST</b> en la plataforma, donde se evidencie su <u>nombre y calificación obtenida</u> .  Link <b>CONTRATISTAS Y PRACTICANTES</b> : <a href="https://forms.office.com/r/zmksq84WUj">https://forms.office.com/r/zmksq84WUj</a>  Link <b>SERVIDORES</b> : <a href="https://forms.office.com/r/HcGvKzW7Hj">https://forms.office.com/r/HcGvKzW7Hj</a>	X		X		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		X		X	
5. Certificado de compromiso del Código de Integridad TH-FO-41 <b>debidamente diligenciado</b> .	X		X		X	
6. Formato firmado de "Compromiso de cumplimiento referente a Seguridad y Salud en el Trabajo TH-FO-02"	X		X		X	
7. Certificado Buceo ( <i>Personal de SELA o de la SSLA que podrían realizar actividades de Buceo</i> )	_____ Personal que realice actividad de buceo		_____ Personal que realice actividad de buceo			X

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO, CONTRATISTA O PRACTICANTE	APROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN POR PARTE DE <u>GESTIÓN HUMANA – SST</u>		
	Firma Servidor Público, Contratista o Practicante	Nombre colaborador <b>SST</b> :	
Fecha de aprobación →			
¿Comisiona?		Si ____ No ____	
ARL a la que se afiliará el colaborador →		Nivel Riesgo →	
Observaciones:			

**FAVOR ENTREGAR 1 ORIGINAL Y 2 COPIAS**