|  |  |
| --- | --- |
| Resultado de imagen para sura | FORMULARIO DE NOVEDADES DE INGRESO DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES |
|
| **(Llenar las casillas vacías según corresponda)** |
| AFILIACION |  | CIUDAD | FECHA  |
| ACTUALIZACION |  | BOGOTÁ |  |  |  |
| I. INFORMACION DE EMPLEADOR |
| TIPO DOC |  | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TRABAJANDO JUNTOS SAS |
| Nº DE DOCUMENTO O NIT |  |
| DIRECCION |  | CIUDAD | BOGOTÁ |
| TELEFONO |  | CORREO ELECTRONICO | g.gerenciatrabajandojuntos@gmail.com |
| II. INFORMACION DEL TRABAJADOR |
| TIPO DOC |  | PRIMER APELLIDO |  |
| Nº DE DOCUMENTO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | SALARIO | NACIONALIDAD |
|  |  |  |  |  |  | COLOMBIANA |
| EPS ACTUAL |
| DIRECCION DE RECIDENCIA | ­ |
| TELEFONO DE RECIDENCIA | ­ | CORREO ELECTRONICO |  |
| CARGO ACTUAL | ­ |
| III.INFORMACION INFORMACION CENTRO DE TRABAJO |
| CODIGO DE LA ACTIVIDAD ECONOMIA |  | CLASE DE RIESGO |  | TARIFA CENTRO DE TRABAJO |  |
| TELEFONO |  | DIRECCION |  |
| CIUDAD |  |
| IV. INFORMAION DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL) |
| 1. TIPO DE DOUMENTO |  | N° DOCUMENTO |  |
| PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| SEXO | F  | M | PARENTESCO |  | FECHA DE NACIMIENTO |
|  |  |  |  |
| 2. TIPO DE DOUMENTO |  | N° DOCUMENTO |  |
| PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| PRIMER NOMBRE |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| SEXO | F | M | PARENTESCO |  | FECHA DE NACIMIENTO |
|  | AÑO | MES | DIA |
| 3. TIPO DE DOUMENTO |  | N° DOCUMENTO |  |
| PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| PRIMER NOMBRE |  |  |  |  | SEGUNDO NOMBRE |  |
| SEXO | F | M | PARENTESCO |  | FECHA DE NACIMIENTO |
|  | AÑO | MES | DIA |
| DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS UE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA. | NOMBRE: C.C  DIANA GARZON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA DEL TRABAJADOR | NOMBRE  CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA FUNCIONARIO ARL  |
|
|
|
|