SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300878161

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	10/05/2021 20:46:26

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	891480033	ALCALDIA MUNICIPAL SANTA ROSA DE CABAL	KR 14 CL 12 ESQ	1063173

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTI	1751201	1

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 14 CL 12 ESQ	SANTA ROSA DE CABAL	Risaralda

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	18591990	MARTINEZ	GAVIRIA

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
LUIS ALBERTO	13/12/1963	CLLE 26 BIS N 12-15

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
SANTA ROSA DE CABAL	3117351745	3117351745	albertodylan2018@gmail.com	M

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Coomeva E.P.S. S.A.	23	Colpensiones	2

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	11/5/2021	9300000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	10/5/2021	9/11/2021	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	1550000	908526	

TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente	NO DEFINIDO	Voluntario	NO DEFINIDA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES AUXILIA	1751501	1

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 10/05/2021 20:46:26. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300878161

Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Martes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Miércoles							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Jueves							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Viernes							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Sábado							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Domingo							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 10/05/2021 20:46:26. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.