FORMATO PARA TRAMITE DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	YONEL MAYORGA BECERRA
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11442252
FECHA DE NACIMIENTO:	10-26-1977
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CLL. 14 # 4B-15
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:	CUNDINAMARCA
CIUDAD RESIDENCIA:	FACATATIVA
TELÉFONO FIJO Y CELULAR:	3125966261
CORREO ELECTRÓNICO:	yonelmayorga24@hotmail.com
DURACIÓN DEL CONTRATO: corresponde al tiempo total pactado entre las partes (contratante y contratista). Número de meses	4 MESES - 5 DIAS
FECHA DE INICIO - FECHA DE FINALIZACION:	
VALOR DEL CONTRATO: registre el valor total del contrato	$11.208.333
DEDUCCIONES:	
INGRESO MENSUAL:	$2.690.000
IBC : recuerde calcular este valor teniendo en cuenta que es igual al 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados. Que no puede ser inferior a un SMLMV ni superior a veinte SMLMV.	$1.076.000
CENTRO DE TRABAJO: Marque con una x la opción que corresponde a la sede del contratante en la que el trabajador independiente desarrollará su actividad. Si no pertenece a los numerales 1,2,3 o 5 marque el numeral 4	1.Visitas Domiciliarias 2.Obras Publicas 3.Inspectores 4.Sede Principal X 5.Conductores
LE SUMINISTRARAN TRANSPORTE:	SI____ NO_X_ -Moto -Bicicleta -Vehículo Automóvil, camioneta etc.
ACTIVIDAD ECONÓMICA: hace referencia al nombre de la actividad que desarrollara el trabajador	APOYO A LA OFICINA DE CONTRO INTERNO DISCIPLINARIO
AFP: Donde está afiliado el trabajador	PROTECCION
EPS: Donde está afiliado el trabajador	FAMISANAR
ARL ANTERIOR:	COLMENA
SECRETARIA DONDE PRESTARA EL SERVICIO:	OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO EDINSON FRANCISCO QUIROGA S.	**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**