Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300956774

I. TRÁMITE			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
TIPO DE AFILIACIÓN	**ARL ANTERIOR**	**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO**	
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	04/09/2021 16:42:24	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	804002166	INSTITUTO DE LA JUVENTUD EL DEPORTE Y LA RECREACION DE	KR 30 7 100 COLISEO BICENTENARIO	1059636

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	**ACTIVIDAD ECONÓMICA**	**CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA**	**CLASE RIESGO**
2	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTI	3924102	3
DIRECCIÓN		**MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**
cll 7 # 30-100 COLISEO BICENTENARIO		BUCARAMANGA	Santander

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	**NÚMERO**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**		
CC	1005539447	BAYONA	FORERO		
NOMBRE(S)	**FECHA DE NACIMIENTO**	**DIRECCIÓN RESIDENCIA**			
DANIELA	22/12/1995	CALLE 4# 16A-56 APTO 101			
CIUDAD DE RESIDENCIA	**TELÉFONO RESIDENCIA**	**CELULAR**	**CORREO ELECTRÓNICO**		**SEXO**
PIEDECUESTA	3022349905	3022449905	bayonafdaniela@gmail.com		F
LOCALIDAD/COMUNA		**ZONA**			
SAN CRISTOBAL 3 ETAPA		Urbana			
EPS	**CÓDIGO**	**AFP**	**CÓDIGO**		
Nueva EPS	37	Porvenir	3		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		**FECHA INICIO COBERTURA**	**VALOR DEL CONTRATO**		
Mes Anticipado		5/9/2021	8750000		
TIPO DE CONTRATO	**FECHA INICIO DE CONTRATO**	**FECHA TERMINACIÓN CONTRATO**	**SUMINISTRA TRANSPORTE**		
ADMINISTRATIVO	4/9/2021	30/12/2021	NO		
DEDUCCIONES	**INGRESO MENSUAL**	**IBC**			
0	2500000	908526			
TIPO AFILIADO COTIZANTE	**SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE**	**TIPO DE MODALIDAD**	**JORNADA**		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes	NO DEFINIDO	Voluntario	JORNADA UNICA		
ACTIVIDAD A DESARROLLAR		**CÓDIGO ACTIVIDAD**	**CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR**		
EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTI		3924102	3		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 04/09/2021 16:42:24. 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.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 300956774

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																							
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	X	X	X	X	X		
Martes					X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X		
Jueves					X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X		
Sábado					X	X	X	X	X	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	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 04/09/2021 16:42:24. 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.