SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 301058481

## I. TRÁMITE

| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO |
|---|---|---|
| AFILIACION | ARL NO DEFINIDA | 29/01/2022 17:07:43 |

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 | 899999067 | CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA | CARRERA 69 N 44 35 | 1175516 |

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

| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
|---|---|---|---|
| 4 | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES AUXILIA | 1751501 | 1 |

| DIRECCIÓN | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|
| CALLE 70 N 52 29 | BARRANQUILLA | Atlántico |

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

| TIPO DE IDENTIDAD | NÚMERO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| CC | 1043842036 | HERNANDEZ | FONSECA |

| NOMBRE(S) | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN RESIDENCIA |
|---|---|---|
| ADRIANA DEL CARMEN | 27/10/1987 | Calle 9 No 6 - 33 |

| CIUDAD DE RESIDENCIA | TELÉFONO RESIDENCIA | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | SEXO |
|---|---|---|---|---|
| CAMBO DE LA CRUZ | 3686626 | 3003000000 | adrianadelcarmenhernandez@hotmail.com | F |

| LOCALIDAD/COMUNA | ZONA |
|---|---|
| barranquilla | Urbana |

| EPS | CÓDIGO | AFP | CÓDIGO |
|---|---|---|---|
| COOSALUD E.S.S. | 215 | Porvenir | 3 |

| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN | FECHA INICIO COBERTURA | VALOR DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| Mes Anticipado | 31/1/2022 | 25670000 |

| TIPO DE CONTRATO | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE |
|---|---|---|---|
| ADMINISTRATIVO | 31/1/2022 | 30/6/2022 | NO |

| DEDUCCIONES | INGRESO MENSUAL | IBC | |
|---|---|---|---|
| 0 | 5000000 | 2000000 | |

| TIPO AFILIADO COTIZANTE | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD | JORNADA |
|---|---|---|---|
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes | NO DEFINIDO | Voluntario | NO DEFINIDA |

| ACTIVIDAD A DESARROLLAR | CÓDIGO ACTIVIDAD | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |
|---|---|---|
| EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTI | 1751201 | 1 |

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 29/01/2022 17:07:43. 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. 301058481

## 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 | | | | | | | |
| Martes | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Jueves | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Viernes | | | | | | | | 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<br><br>NOMBRE: | FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE | FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL | SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL<br><br>NOMBRE: |

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 29/01/2022 17:07:43. 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.