	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Yo GABRIEL SUAREZ MOGOLÓN identificado con cedula de ciudadanía No. 1.094.369.185 de Toledo manifiesto que he sido informado (a) que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 **estoy obligado** a afiliarme a la **Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)** de **Parques Nacionales Naturales de Colombia,** y que al afiliarme tengo derecho a percibir todas las prestaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional, de conformidad con lo señalado en el artículo 5 del **Decreto - Ley 1295 de 1994**, entre las cuales se encuentran las siguientes:

Prestaciones asistenciales: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de hospitalización, medicamentos, prótesis, órtesis, rehabilitación física y profesional y gastos de traslado necesarios para la prestación de los servicios.

Prestaciones económicas: Subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, reconocimiento de la pensión para el cónyuge sobreviviente y auxilio funerario.

Adicionalmente informo que me comprometo a cotizar mensualmente los valores correspondientes a la Administradora de Riesgos Laborales, junto con los valores de salud y pensión, en los plazos previstos por la Ley, de tal forma que se asegure mi cobertura en el desarrollo del contrato.

En virtud de lo anterior, relaciono los datos para mi **afiliación obligatoria** a la Administradora de Riesgos Laborales de la entidad, con el fin de dar cumplimiento a lo contenido en el literal a), numeral 1, del artículo 2 de la **Ley 1562 de 2012,** de la siguiente manera:

Número de cedula,	1.094.369.185
Nombres y apellidos.	GABRIEL SUAREZ MOGOLLÓN
Fecha de nacimiento	05/11/1992
Dirección	FINCA LA PRIMAVERA- VEREDA TAPATA
Teléfono	3208403151
Ciudad de residencia	TOLEDO, NORTE DE SANTANDER
Correo electrónico	gabosmogollon@hotmail.com
Fecha de inicio y terminación del contrato.	
Entidad promotora de salud (EPS).	COOSALUD
Fondo de pensiones (AFP)	PROTECCIÓN

	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

Valor total del contrato.	$1.900.000
Valor mensual del contrato.	$1.412.000
Ingreso base de cotización (IBC).	$1.000.000
Lugar de ejecución del contrato	Toledo, Norte de Santander
Unidad de decisión a la que pertenece (PNN, Direccion Territorial, Principal o Subsede)	DTAN- PNN Tamá
Tipo de Sangre y Factor RH	O POSITIVO
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Alix María Rozo Teléfono celular:3124753493 Teléfono fijo: Indicativo ( ) Dirección: VEREDA EL CEDRAL Parentesco: Pareja

Contratos Simultáneos:
Posee contratos adicionales al suscrito en Parques Nacionales Naturales?
SI __ NO __

Si su respuesta es afirmativa, indique la siguiente información en cumplimiento al artículo 9 del Decreto 723 de 2013[1]**:**

Manifiesto que es mi deseo afiliarme a la ARL COLMENA ya que poseo los siguientes contratos:

Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____

Gabriel Suarez M.

Firma _____ Fecha _____

[1] "***Afiliación cuando existen varios contratos.*** *Cuando los contratistas a los que les aplica el presente decreto celebren o realicen simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riegos Laborales* ***por la totalidad de los contratos suscritos****, en una misma Administradora de Riesgos Laborales*".(Negrilla fuera de texto)

El contratista **debe informar al contratante**, la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada, para que éste realice la correspondiente novedad en la afiliación del nuevo contrato.