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

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Yo **ANGELICA PAOLA FUQUENE CUADRADO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1049608084 de Tunja manifiesto que he sido informada 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,	1049608084
Nombres y apellidos.	ANGELICA PAOLA FUQUENE CUADRADO
Fecha de nacimiento	10-MAYO-1987
Dirección	Carrera 7ª N° 67 bis-04
Teléfono	3223658426
Ciudad de residencia	Tunja-Boyacá
Correo electrónico	angelica.fuquene087@hotmail.com
Fecha de inicio y terminación del contrato.	
Entidad promotora de salud (EPS).	SANITAS
Fondo de pensiones (AFP)	PORVENIR

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

Valor total del contrato.	
Valor mensual del contrato.	
Ingreso base de cotización (IBC).	
Lugar de ejecución del contrato (ciudad)	
Dependencia	
Tipo de Sangre y Factor RH	
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Guillermo Alexander Neira Guzmán Teléfono celular:3138411139 Teléfono fijo: Indicativo ( ) Dirección: Carrera 7 A n° 67 bis-04 Parentesco: Esposo

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

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 _____ 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 _____

Firma
ANGELICA FUQUENE Fecha _17-Febrero de 2023_____

[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.