

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | Autorizado por la<br>Superintendencia<br>Bancaria para operar<br>el ramo de seguros de<br>riesgos laborales. |
| <b>I. TRÁMITE</b>  |                 |                           |                                                                                                              |
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | Mediante resolución<br>No. 2250 de octubre<br>14 de 1994                                                     |
| AFILIACION         | ARL NO DEFINIDA | 14/03/2023 10:18:09       |                                                                                                              |

|                                            |           |                       |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <b>II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE</b> |           |                       |                          |                               |
| TIPO DE DOCUMENTO                          | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                         | 891480030 | MUNICIPIO DE PEREIRA  | KR 7 18 55 CENTRO        | 1072627                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b> |                                                                                                                                                                                                               |                            |              |
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                                | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                               | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 26                                                                                                      | Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y locales. | 1841201                    | 1            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                               | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| CRA 7 # 18-55                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               | PEREIRA                    | Risaralda    |

|                                                                               |                          |                                                    |                         |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                                                    |                         |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO                                    | SEGUNDO APELLIDO        |      |
| CC                                                                            | 42164270                 | P REZ                                              | BOHORQUEZ               |      |
| NOMBRE(S)                                                                     | FECHA DE NACIMIENTO      | DIRECCIÓN RESIDENCIA                               |                         |      |
| ANA CAROLINA                                                                  | 22/10/1985               | TRANSVERSAL 21 - 18 180 SENDEROS DE LA PRADERA CAS |                         |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                                            | CORREO ELECTRÓNICO      | SEXO |
| DOS QUEBRADAS                                                                 | 3491489                  | 3154518833                                         | caropeabogada@gmail.com | F    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                                               |                         |      |
| DOSQUEBRADAS                                                                  |                          | Urbana                                             |                         |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                                                | CÓDIGO                  |      |
| EPS Sura                                                                      | 9                        | Colpensiones                                       | 2                       |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA                             | VALOR DEL CONTRATO      |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 15/3/2023                                          | 37751000                |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO                         | SUMINISTRA TRANSPORTE   |      |
| ADMINISTRATIVO                                                                | 15/3/2023                | 14/10/2023                                         | NO                      |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                                                |                         |      |

|                                                                                                                                                                                                               |                            |                                               |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|-------------|
| 0                                                                                                                                                                                                             | 5393000                    | 2157200                                       |             |
| 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 |             |
| Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y locales. | 1841201                    | 1                                             |             |

| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Día                                       | 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  |    |    |    |    |    |
| Martes                                    |   |   |   |   |   |   | X |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |    |    |    |    |    |
| Miércoles                                 |   |   |   |   |   |   | X |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |    |    |    |    |    |
| Jueves                                    |   |   |   |   |   |   | X |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |    |    |    |    |    |
| Viernes                                   |   |   |   |   |   |   | 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. |  |  | SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                      |  | FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                      |                                              |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | NOMBRE: _____                                                                        |                                              |