



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ALCALDIA DE FACATATIVA

FORMATO PARA TRAMITE DE AFILIACIÓN CONTRATISTAS

Por favor tenga en cuenta que si usted está afiliado a una ARL diferente a Colmena Seguros, debe asociar el contrato suscrito con la Alcaldía Municipal de Facatativá en la ARL a la cual se encuentre afiliado y entregar copia del Certificado de Afiliación al área de Seguridad y Salud en el Trabajo y a la Secretaría Jurídica, por ningún motivo podrá estar afiliado simultáneamente a varias ARL, del mismo modo, debe realizar los pagos a la ARL hasta el último mes y día que ejecute la actividad.

Recuerde que todos los campos de este formato deben ser diligenciados de forma obligatoria.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: (Escriba su nombre y apellidos completos, tal como aparece en su documento de Identidad)	CATALINA RODRIGUEZ GUTIÉRREZ
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.019.983.003 DE FACATATIVÁ
FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa)	28/05/2004
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CRA 10 # 7-21 BARRIO ZAMBRANO
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:	CUNDINAMARCA
CIUDAD RESIDENCIA:	FACATATIVÁ
TELÉFONO FIJO Y CELULAR:	3186024776
CORREO ELECTRÓNICO:	CEREZA1610@GMAIL.COM
DURACIÓN DEL CONTRATO: Corresponde al tiempo total pactado entre las partes (contratante y contratista). Número de meses	SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO - FECHA DE FINALIZACION: Registre las fechas de inicio y de finalización del contrato	26/02/2025 AL 25/08/2025
VALOR DEL CONTRATO: Registre el valor total del contrato.	(\$11.940.000)
DEDUCCIONES: En caso que no le realicen deducciones escriba cero (0)	\$0
INGRESO MENSUAL: Registre el valor del ingreso mensual.	\$1.990.000
IBC: Recuerde calcular este valor teniendo en cuenta que debe ser igual al 40% de su Ingreso mensual.	
Este valor No puede ser inferior a un SMLMV ni superior a veinte SMLMV.	\$1.423.500
CENTRO DE TRABAJO: Marque con una X la opción que corresponde a la sede del contratante en la que el contratista desarrollará su actividad. En caso que el contratista realice actividades de alto riesgo (trabajo en alturas, espacios confinados, manejo de maquinaria pesada) deberá acreditar su competencia y experiencia y marcar el ítem No. 2. Si no pertenece a los numerales 1, 2, 3 o 5 marque el numeral 4.	1. Visitas Domiciliarias 2. Obras Públicas 3. Inspectores 4. Sede Principal X 5. Conductores
LE SUMINISTRARAN TRANSPORTE: Diligencie el campo "SI" solo si la entidad le entrega un vehículo para que usted lo maneje. En este caso deberá acreditar su competencia y experiencia	SI _____ NO <u>X</u> _____ Moto _____ Bicicleta _____ Vehículo automóvil, camioneta etc. _____
DÍAS DE LA SEMANA EN QUE EJECUTARÁ LA ACTIVIDAD: Marque con una X la opción que corresponde a los días y la Jornada en que realizará la actividad.	Lunes-Viernes Jornada Única <u>X</u> Turnos _____ Lunes-Sábado Jornada Única _____ Turnos _____ Lunes-Domingo Jornada Única _____ Turnos _____ Horario: _____
ACTIVIDAD ECONÓMICA: Hace referencia a la actividad que desarrollara el contratista, ésta debe ser específica para determinar el Riesgo al que debe ser afiliado.	ACTIVIDADES JURÍDICAS
AFP: Fondo de Pensiones donde está afiliado el Contratista	COLPENSIONES
EPS: Entidad Promotora de Salud donde está afiliado el Contratista	SANITAS
ARL ANTERIOR: Escriba la ARL a la que estuvo afiliado en los últimos seis (6) meses	COLMENA
SECRETARÍA DONDE PRESTARA EL SERVICIO: Escriba el nombre de la Secretaría en la que realizará la actividad	SECRETARÍA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
MILLER DANIEL SERRATO CRUZ	

