

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.232.063**

**MARTINEZ PASO**

APELLIDOS

**OSNAYDER DARIO**

NOMBRES

*Osnayder Martinez*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-2000**

**VALLEDUPAR**  
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**17-ABR-2018 VALLEDUPAR**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1200100-01000314-M-1003232063-20180426 0060935586A 1 49851919

Ministerio del Estado Civil

Bogotá, Octubre 1 de 2025

Señor:  
OSNAYDER DARIO MARTINEZ PASO  
CC. 1003232063 CL 75ASUR 5A 27 – 8984532  
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN – AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de abril 30 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|----------------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| OSNEYDER MARTINEZ          | 1003232063          | Independiente    | VIGENTE            |

#### **CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente.



MONICA REY DUEÑAS  
Gerente de Operaciones Comerciales  
SALUD TOTAL EPS S.A.

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

## Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ PASO OSNAYDER DARIO** identificado(a) con **CC** número **1.003.232.063** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de marzo de 2024 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de octubre de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
**Equipo Soporte para Clientes**

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | 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 | 30/09/2025 20:31:50       |                                                                                                              |

|                                            |           |                       |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <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                                         | 900569549 | T&C INGENIEROS SAS    | TV 74 83 C 23            | 1205385                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <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 |
| 3                                                                                                       | Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas. (Decreto 768 de 2022) | 5411201                    | 5            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| DE ACUERDO A SOLICITUD DEL CLIENTE                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | BOGOTA, D.C.               | Bogota D. C. |

|                                                                               |                          |                            |                                |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                            |                                |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO               |      |
| CC                                                                            | 1003232063               | MARTINEZ                   | PASO                           |      |
| NOMBRE(S)                                                                     |                          | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA           |      |
| OSNAYDER DARIO                                                                |                          | 3/3/2000                   | LA GABRIELA BELLO              |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO             | SEXO |
| MEDELLIN                                                                      | 0                        | 3024556354                 | osnavdermartinez1003@gmail.com | M    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                       |                                |      |
| ña gabriela                                                                   |                          | Rural                      |                                |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                        | CÓDIGO                         |      |
| Salud Total S.A. E.P.S.                                                       | 2                        | Proteccion                 | 14                             |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO             |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 1/10/2025                  | 1500000                        |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE          |      |
| CIVIL                                                                         | 1/10/2025                | 1/11/2025                  | NO                             |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                        |                                |      |

|                                                                         |                            |                                               |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| 0                                                                       | 1423500                    | 1423500                                       |          |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA  |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO                | Presencial                                    | ROTATIVA |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |          |
| Terminación y acabado de edificios y obr (Decreto 768 de 2022)          | 5433004                    | 5                                             |          |
|                                                                         |                            |                                               |          |

| 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 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Martes                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Miércoles                                 |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Jueves                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Viernes                                   |   |   |   |   |   |   |   | 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: _____                                                                        |                                              |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.096.187.550**  
**SANCHEZ HERNACHE**

APELLIDOS  
**JHAROLD ADRIAN**

NOMBRES

*Jharold Adrian Sanchez*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1995**  
**BARRANCABERMEJA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

**O+**

**M**

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

**20-NOV-2013 BARRANCABERMEJA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2701900-00623593-M-1096187550-20140915

0040076558A 2

7153058337



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) JHAROLD ADRIAN SANCHEZ HERNACHE identificado(a) con CC 1096187550 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/02/2021

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** SALUD YOPAL

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogota para **QUIEN INTERESE** , a los 1 días del mes de octubre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**  
**Nueva EPS S.A**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**JHAROLD ADRIAN SANCHEZ HERNACHE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.187.550**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | 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 | 30/09/2025 20:46:13       |                                                                                                              |

|                                            |           |                       |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <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                                         | 900569549 | T&C INGENIEROS SAS    | TV 74 83 C 23            | 1205385                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <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 |
| 3                                                                                                       | Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas. (Decreto 768 de 2022) | 5411201                    | 5            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| DE ACUERDO A SOLICITUD DEL CLIENTE                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | BOGOTA, D.C.               | Bogota D. C. |

|                                                                               |                          |                            |                        |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                            |                        |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO       |      |
| CC                                                                            | 1096187550               | SANCHEZ                    | HERNACHE               |      |
| NOMBRE(S)                                                                     |                          | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA   |      |
| JHAROLD ADRIAN                                                                |                          | 27/1/1995                  | ARAUQUITA              |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO     | SEXO |
| ARAUQUITA                                                                     | 6025468975               | 3107717037                 | ETNNIA.527@HOTMAIL.COM | M    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                       |                        |      |
| ARAUCA                                                                        |                          | Urbana                     |                        |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                        | CÓDIGO                 |      |
| Nueva EPS                                                                     | 37                       | Colpensiones               | 2                      |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO     |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 1/10/2025                  | 1500000                |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE  |      |
| CIVIL                                                                         | 1/10/2025                | 1/11/2025                  | NO                     |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                        |                        |      |

|                                                                         |                            |                                               |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| 0                                                                       | 1423500                    | 1423500                                       |          |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA  |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO                | Presencial                                    | ROTATIVA |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |          |
| Terminación y acabado de edificios y obr (Decreto 768 de 2022)          | 5433004                    | 5                                             |          |
|                                                                         |                            |                                               |          |

| 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 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Martes                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Miércoles                                 |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Jueves                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Viernes                                   |   |   |   |   |   |   |   | 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: _____                                                                        |                                              |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.495.989

VILLABONA GOMEZ

APELLIDOS

ANDRES ALBEIRO

NOMBRES

Andrés Villabona

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1989  
ARAUQUITA  
(ARAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

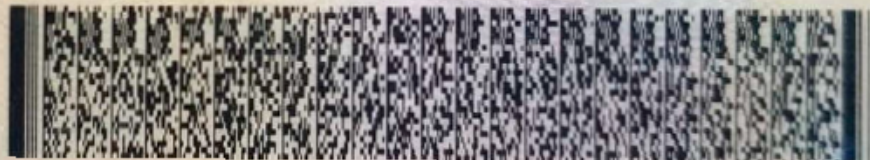
M

SEXO

14-MAY-2007 ARAUQUITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4001000-00681065-M-1116495989-20150319

0043617925A 1

43892703



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) ANDRES ALBEIRO VILLABONA GOMEZ identificado(a) con CC 1116495989 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/12/2018

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** UND MEDICA SANTA ANA LTDA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogota para **QUIEN INTERESE** , a los 1 días del mes de octubre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**  
**Nueva EPS S.A**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**ANDRES ALBEIRO VILLABONA GOMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.495.989**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | 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 | 30/09/2025 20:38:59       |                                                                                                              |

|                                            |           |                       |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <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                                         | 900569549 | T&C INGENIEROS SAS    | TV 74 83 C 23            | 1205385                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <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 |
| 3                                                                                                       | Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas. (Decreto 768 de 2022) | 5411201                    | 5            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| DE ACUERDO A SOLICITUD DEL CLIENTE                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | BOGOTA, D.C.               | Bogota D. C. |

|                                                                               |                          |                            |                             |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                            |                             |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO            |      |
| CC                                                                            | 1116495989               | VILLABONA                  | GOMEZ                       |      |
| NOMBRE(S)                                                                     |                          | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA        |      |
| ANDRES ALBEIRO                                                                |                          | 14/5/1989                  | CENTRO POBLADO              |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO          | SEXO |
| ARAUQUITA                                                                     | 3025412356               | 3102857280                 | ALBEIRO1989THIAGO@GMAIL.COM | M    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                       |                             |      |
| ARAUCA                                                                        |                          | Rural                      |                             |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                        | CÓDIGO                      |      |
| Nueva EPS                                                                     | 37                       | Colpensiones               | 2                           |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO          |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 1/10/2025                  | 1500000                     |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE       |      |
| CIVIL                                                                         | 1/10/2025                | 1/11/2025                  | NO                          |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                        |                             |      |

|                                                                         |                            |                                               |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| 0                                                                       | 1423500                    | 1423500                                       |          |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA  |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO                | Presencial                                    | ROTATIVA |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |          |
| Terminación y acabado de edificios y obr (Decreto 768 de 2022)          | 5433004                    | 5                                             |          |
|                                                                         |                            |                                               |          |

| 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 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Martes                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Miércoles                                 |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Jueves                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Viernes                                   |   |   |   |   |   |   |   | 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: _____                                                                        |                                              |

REPÚBLICA DE COLOMBIA



## CONTRASEÑA

DUPLICADO CC  
1.063.724.406



APELLIDOS / NOMBRES  
**PÉREZ DÍAZ  
DILSON MANUEL**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO  
**27-DIC-1990  
MOÑITOS - CORDOBA**

FECHA DE EXPEDICIÓN  
**22-FEB-2011**

SEXO  
**MASCULINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN  
**MEDELLÍN - AUXILIAR DE CASTILLA**

OFICINA DE ENTREGA  
**MEDELLÍN - AUXILIAR DE CASTILLA**

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO  
HASTA EL 08-ENE-2026**

**8515919532  
08-JUL-2025**



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) DILSON MANUEL PEREZ DIAZ identificado(a) con CC 1063724406 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/03/2019

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** E.S.E SAN JUAN DE DIOS

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogota para **QUIEN INTERESE** , a los 1 días del mes de octubre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**  
**Nueva EPS S.A**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**DILSON MANUEL PEREZ DIAZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.724.406**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | 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 | 01/10/2025 18:04:35       |                                                                                                              |

|                                            |           |                       |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <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                                         | 900569549 | T&C INGENIEROS SAS    | TV 74 83 C 23            | 1205385                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <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 |
| 3                                                                                                       | Construcción de edificios no residenciales, incluye construcción de todo tipo de edificios no residenciales, reforma o renovación de estructuras existentes, construcciones prefabricadas. (Decreto 768 de 2022) | 5411201                    | 5            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| DE ACUERDO A SOLICITUD DEL CLIENTE                                                                      |                                                                                                                                                                                                                  | BOGOTA, D.C.               | Bogota D. C. |

|                                                                               |                          |                            |                                |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                            |                                |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO               |      |
| CC                                                                            | 1063724406               | PEREZ                      | DIAZ                           |      |
| NOMBRE(S)                                                                     |                          | FECHA DE NACIMIENTO        | DIRECCIÓN RESIDENCIA           |      |
| DILSON MANUEL                                                                 |                          | 27/12/1990                 | CARRERA 41 30C-40              |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO             | SEXO |
| MEDELLIN                                                                      | 6025487986               | 3024556354                 | OSNAYDERMARTINEZ1003@GMAIL.COM | M    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                       |                                |      |
| MEDELLIN                                                                      |                          | Urbana                     |                                |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                        | CÓDIGO                         |      |
| Salud Total S.A. E.P.S.                                                       | 2                        | Porvenir                   | 3                              |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO             |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 2/10/2025                  | 1500000                        |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE          |      |
| CIVIL                                                                         | 2/10/2025                | 2/11/2025                  | NO                             |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                        |                                |      |

|                                                                         |                            |                                               |         |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|---------|
| 0                                                                       | 1423500                    | 1423500                                       |         |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                 | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes. | NO DEFINIDO                | Presencial                                    | TURNOS  |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                 | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |         |
| Terminación y acabado de edificios y obr (Decreto 768 de 2022)          | 5433004                    | 5                                             |         |
|                                                                         |                            |                                               |         |

| 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 |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Martes                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Miércoles                                 |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Jueves                                    |   |   |   |   |   |   |   | X |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Viernes                                   |   |   |   |   |   |   |   | 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: _____                                                                        |                                              |