

			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	30/10/2025 8:37:30	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	891480030	MUNICIPIO DE PEREIRA	CRA 7 18- 55	1202172

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
28	Actividades combinadas de apoyo a instalaciones, incluye servicios de apoyo dentro de las instalaciones del cliente, limpieza general de interiores, mantenimiento, eliminación de bas (Decreto 768 de 2022)	2811001	2
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 7 18- 55		PEREIRA	Risaralda

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR				
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
CC	18516666	DEL RIO	RESTREPO	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
ALEJANDRO		27/3/1980	AV 30 DE AGOSTO # 81-05	
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
PEREIRA	3248031	3197021958	adelriorestrepo@gmail.com	M
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		
OLIMPICA		Urbana		
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO	
EPS Sura	9	Proteccion	14	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Anticipado		31/10/2025	7600000	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE	
ADMINISTRATIVO	30/10/2025	30/12/2025	NO	



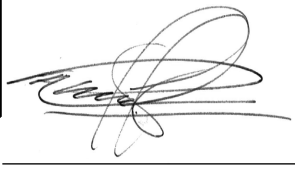
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE
AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302194859

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	3800000	1520000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente agremiado o asociado (aporte voluntario a SGRL)	Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo.	Trabajo Remoto	NO DEFINIDA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
Actividades ejecutivas de la administrac (Decreto 768 de 2022)	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	X	X	X	X	X																	
Martes	X	X	X	X	X	X	X																	
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X																	
Jueves	X	X	X	X	X	X	X																	
Viernes	X	X	X	X	X	X	X																	
Sábado	X	X	X	X	X	X	X																	
Domingo	X	X	X	X	X	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:			
NOMBRE:	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE				