SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302173606

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	01/12/2025 15:32:20

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	899999325	ALCALDIA DE MADRID	CL 5 NO 4 74	1100455

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
40	Actividades de apoyo terapéutico, incluye actividades de enfermeros, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como (Decreto 768 de 2022)	3869201	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 6B NO 927 SAN LUIS	MADRID	Cundinamarca

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1073179997	MORALES	NAVARRO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
ANDREA CAROLINA	27/11/1999	CALLE 16 # 3B-03

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
MADRID	7460017	3122887340	andreacarolinamoralesnavarro@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
el nogal	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Famisanar Ltda.	94	Colpensiones	2

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	25/9/2025	7800000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	25/9/2025	30/11/2025	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/12/2025 15:32:20. **Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.**

Powered by CamScanner

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302173606

0	3120000	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	NO DEFINIDA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de apoyo terapéutico, (Decreto 768 de 2022)	3869201	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/12/2025 15:32:20. **Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.**

Powered by CamScanner

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302173606

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Dia	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	X	X	X							
Martes								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Miércoles								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Jueves								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Viernes								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Sábado								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Domingo								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE **RECEPCIÓN EN LA ARL**

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 01/12/2025 15:32:20. **Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.**

Powered by CamScanner