

			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	01/07/2026 9:17:07	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	901034433	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL BARRANQUILLA VERDE	CRA. 60 ## 72-19	95249831

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
3	Evaluación de riesgos y daños y otras actividades de servicios auxiliares, incluye, los servicios actuariales, la administración de salvamento, la evaluación de reclamos de seguros, la tasaci (Decreto 768 de 2022)	2662902	2
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CRA 60 # 72 07		BARRANQUILLA	Atlántico

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	72177600	CAMACHO	ROMERO		
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		
JOSE		6/7/1971	CARRERA 60 72 19		
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
BARRANQUILLA	6053112470	3008677043	picaroy@hotmail.com	M	
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
		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		2/7/2026	9900000		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	2/7/2026	30/9/2026	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			



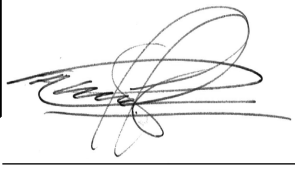
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE
AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302390578

0	3300000	1752000	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
Actividades de paisajismo y servicio (Decreto 768 de 2022)	3813001	3	

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