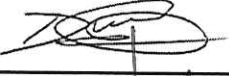


DIRECCIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
FORMATO PARA TRÁMITE DE AFILIACIÓN DE CONTRATISTAS	
Por favor tenga en cuenta que si usted está afiliado a una ARL diferente a Colmena Seguros, debe asociar el contrato suscrito con la Alcaldía Municipal de Facatativá en la ARL a la cual 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, durante la vigencia del contrato usted se compromete a realizar los pagos a la ARL hasta el último día que ejecute la actividad.	
Antes de diligenciar este formato revise el instructivo.	
Recuerde que todos los campos de este formato deben ser diligenciados de forma obligatoria.	
CENTRO DE TRABAJO:	
1. Principal 1 _____ 2. Visitas Domiciliarias _____ 3. Principal 2 _____ 4. Conductores _____X_____	
5. Obras Públicas _____ 6. Inspectores _____	
USTED HA FIRMADO CONTRATO CON OTRA DEPENDENCIA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE FACATATIVÁ:	
SI _____ NO _____X_____ ¿Cuál? _____	
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: DIEGO CORTES ABRIL	
TIPO DE DOCUMENTO: CC _____X_____ CE _____ PA _____ NUIP _____	
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 11448278	
FECHA DE NACIMIENTO: 18/05/1983	
CIUDAD RESIDENCIA: Facatativá	
ZONA DE RESIDENCIA: URBANA _____X_____ RURAL _____	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 3 # 4- 30 San Carlos	
TELÉFONO FIJO Y CELULAR: 3162548629	
CORREO ELECTRÓNICO: diegocortescalindo@gmail.com	
EPS: Salud Total	
AFP: Porvenir	
ARL ANTERIOR O ACTUAL: Indique si se encuentra afiliado a una ARL diferente a Colmena	
SI _____ NO _____X_____ ¿Cuál? _____	
DURACIÓN DEL CONTRATO: (4) CUATRO MESES	
ADICIÓN DEL CONTRATO: SI _____ NO _____X_____	
EN CASO DE MARCAR "SI" NÚMERO DEL CONTRATO: _____	
FECHA DE INICIO: 10/08/2026	
FECHA DE FINALIZACIÓN: 09/12/2026	
VALOR DEL CONTRATO: \$9.292.000	
INGRESO MENSUAL: \$ 2.323.000	
DEDUCCIONES: 0	
IBC: \$1.750.905	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS PROPIAS DE LAS INSPECCIONES DE POLICIA, COMISARIAS DE FAMILIA Y DEMÁS A CARGO DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ.	
LA ENTIDAD LE SUMINISTRARÁ TRANSPORTE: SI _____X_____ NO _____	
TIPO DE VEHÍCULO ENTREGADO POR LA ENTIDAD: CAMIONETA ASIGNADA A LA SECRETARIA DE GOBIERNO	
DÍAS DE LA SEMANA Y JORNADA EN QUE EJECUTARÁ LA ACTIVIDAD:	
Lunes a Viernes Jornada Única _____ Turnos _____	
Lunes a Sábado Jornada Única _____ Turnos _____	
Lunes a Domingo Jornada Única _____ Turnos _____X_____	
SECRETARÍA DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO: SECRETARIA DE GOBIERNO	
FIRMA DEL CONTRATISTA: 	
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO: CARLOS ANDRÉS PIÑEROS AMÍN	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO: 	
Cra. 3 N° 5-66 - Centro Sistema de Atención al Ciudadano SAC Cel.: 316 399 5792 www.facatativa-quindiamerica.gov.co Codigo postal 253051	
CODIGO: GATH-FR-81	
VERSION: 07	
FECHA: 19 FEB 2026	
DOCUMENTO CONTROLADO	

Rdo. 06.08.2026
2:37pm
Angel Lopez
SST