FORMATO PARA TRAMITE DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**JAVIER MAURICIO MOJICA MEDINA**
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**11.448.034**
FECHA DE NACIMIENTO:	**27-06-1983**
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	C 8 9 25
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:	CUNDINAMARCA
CIUDAD RESIDENCIA:	FACATATIVA
TELÉFONO FIJO Y CELULAR:	8428310 – 3123480566
CORREO ELECTRÓNICO:	maomojica13@hotmail.com
DURACIÓN DEL CONTRATO: corresponde al tiempo total pactado entre las partes (contratante y contratista). Número de meses	03 MESES
FECHA DE INICIO - FECHA DE FINALIZACION:	
VALOR DEL CONTRATO: registre el valor total del contrato	$9.510.000
DEDUCCIONES:	LAS DE LEY
INGRESO MENSUAL:	$3.170.000
IBC : recuerde calcular este valor teniendo en cuenta que es igual al 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados. Que no puede ser inferior a un SMLMV ni superior a veinte SMLMV.	$1.268.000
CENTRO DE TRABAJO: Marque con una x la opción que corresponde a la sede del contratante en la que el trabajador independiente desarrollará su actividad. Si no pertenece a los numerales 1,2,3 o 5 marque el numeral 4	1.Visitas Domiciliarias 2.Obras Publicas 3.Inspectores 4.Sede Principal X 5.Conductores
LE SUMINISTRARAN TRANSPORTE:	SI____ NO__X__ -Moto -Bicicleta -Vehículo Automóvil, camioneta etc.
ACTIVIDAD ECONÓMICA: hace referencia al nombre de la actividad que desarrollara el trabajador	PROFESIONAL PARA FORTALECER LA SECRETARIA DE PLANEACION ADMINISTRANDO LAS PLATAFORMAS SUI – SUIT.
AFP: Donde está afiliado el trabajador	PORVENIR
EPS: Donde está afiliado el trabajador	COMPENSAR
ARL ANTERIOR:	COLMENA
SECRETARIA DONDE PRESTARA EL SERVICIO:	SECRETARÍA DE PLANEACIÓN
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO **GISSELLE ANGELICA CIFUENTES RAMIREZ**	**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**