

			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
AFILIACIÓN	ARL NO DEFINIDA	07/12/2018 15:30:42		
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	KR 7 18 55 CENTRO	1072627
III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE				
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO	
58	EMPRESAS DEDICADAS A CONSULTORIA EN PROG	1722001	1	
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	1097033595	GONZALEZ	TORO	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
JAIRO ANDRES		11/9/1987	Av 2500 Ioles # 45-03	
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
PEREIRA	32448001	3147924552	jairoandres_0011@hotmail.com	M
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		
cuba		Urbana		
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO	
Asociacion Mutual La Esperanza "ASMET SALUD"	72	Colpensiones	2	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Anticipado		8/12/2018	2524000	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE	
ADMINISTRATIVO	7/12/2018	31/12/2018	NO	
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 07/12/2018 15:30:42. 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.

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES				
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		DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN 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 NOMBRE: _____
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE: _____	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL NOMBRE: _____	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE 			