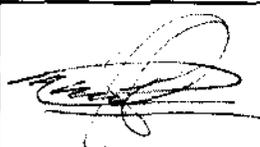
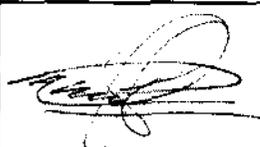


				Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.	
I. TRÁMITE					
TIPO DE AFILIACION	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994	
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	03/10/2016 11:22:13			
II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE					
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL	
NI	900061680	INFITULUA	CL 21 34 57 BRR ALVERNIA	99735	
III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE					
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO		
2	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES POSTALE	4641101	4		
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
CL 21 34 57 BRR ALVERNIA		TULUA	Valle		
IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	1114060111	HENAO	LEON		
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CRISTHIAN DAVID		12/8/1989			
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
	0	3135798658	cristianmellizo@hotmail.com	M	
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
Eps Servicio Occidental De Salud S.A.	18	Porvenir	3		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO		
Mes Anticipado		4/10/2016	3000000		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	4/10/2016	26/12/2016	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			
0	1000000	589455			
TIPO DE COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD				
Independiente	Voluntario				
ACTIVIDAD A DESARROLLAR		CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR		
ACTIVIDADES AUXILIARES DE LA ADMINISTRAC		1671901	1		

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

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 COMPLEMENTAN.

<p>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</p>	<p>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.</p>		
<p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p>  <p>NOMBRE: _____</p>	<p>FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>  	<p>FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL</p>  	<p>SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL</p>  <p>NOMBRE: _____</p>