

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN
NOVEDADES Y RETIRO DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y CONTRATANTES
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A

I. TRÁMITE

Afiliación <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>	Fecha de diligenciamiento (dd mm aaaa)	Fecha de Radicación (dd mm aaaa)
---	--	----------------------------------

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Tipo de documento NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. de documento	Nombre o razón social		
Dirección sede principal	Municipio	Departamento	Teléfono	Fax

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Actividad económica	Código del centro de trabajo	Clase de riesgo	Dirección	Municipio
Departamento	Teléfono	Fax	Correo electrónico	

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TD	No. de documento	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EPS	Código EPS	
AFP	Código AFP	Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Administrativo		Recibe transporte del Contratante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Forma de pago de la cotización <input type="checkbox"/> Anticipado <input type="checkbox"/> Mes vencido	Fecha inicio contrato (dd mm aaaa)	Fecha terminación contrato (dd mm aaaa)	Fecha inicio cobertura (dd mm aaaa)	
Valor del contrato	Deducciones	Ingreso mensual	IBC	

Actividad a desarrollar

Cód. Act. Según Dec. Vigente	Clase de riesgo de la actividad a ejecutar
------------------------------	--

DÍA	HORARIO EN QUE EJECUTARÁ LAS ACTIVIDADES - HORA																								
LUNES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
MARTES																									
MIÉRCOLES																									
JUEVES																									
VIERNES																									
SABADO																									
DOMINGO																									

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTÁNEA AL SGRP ARP POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE ARP	CÓDIGO	No. IDENT. CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
				<input type="checkbox"/> Depend. <input type="checkbox"/> Indep
				<input type="checkbox"/> Depend. <input type="checkbox"/> Indep

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 100 DE 1993, EL DECRETO 2885 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAL O COMPLETAMENTE.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y firma del representante legal – contratante	Firma trabajador independiente	Nombre y firma representante de la ARP	Nombre del funcionario que recibe

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES ENTRE EL 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 PROFESIONALES Y DECLARO QUE LA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE RELACIONADA, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LA MISMA, DETERMINA EL RIESGO Y DEFINE EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACIÓN, NOVEDADES Y RETIRO DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y CONTRATANTES A LA ARP

DILIGENCIE EL FORMULARIO A MÁQUINA O EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE, SIN BORRONES NI TACHONES

ESTE FORMULARIO DEBE INCLUIR

- Copia de la afiliación a la Entidad Promotora de Salud EPS
- Copia de la afiliación a la Entidad Administradora de Fondos de Pensiones AFP
- En caso del contrato ser escrito, este se debe incluir.

I. TRÁMITE: De acuerdo con el tipo de trámite a realizar, señale con "X" según sea el caso.

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE: Diligencie todos los campos relacionados.

TIPO DE DOCUMENTO: Señale con una "X" el tipo de identificación del contratante teniendo en cuenta que:

C- Cédula de ciudadanía

N- Nit

E- Cédula de extranjería

Si corresponde a otro documento, especifique qué tipo.

No. DE DOCUMENTO: Diligencie el número de identificación completo del contratante con el respectivo dígito verificador.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Diligencie el nombre completo de la compañía o contratante.

DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL: Debe ser clara y completa

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

TELÉFONO: Relacione el número telefónico para efectos de verificación de la información.

FAX

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Indique la actividad económica que se realiza en el centro de trabajo específico.

CÓDIGO DEL CENTRO DE TRABAJO: De acuerdo al código del Centro de Trabajo matriculado en ARP SURA por el contratante.

CLASE DE RIESGO: Indique la clase de riesgo en la que se encuentra clasificado este centro de trabajo.

DIRECCIÓN: Debe ser completa

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

TELÉFONO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR: Se requiere relacionar las actividades que realizará el contratista e indicar el lugar.

TD: Especifique el tipo de documento del trabajador

C- Cédula de ciudadanía

T- Tarjeta de identidad

E- Cédula de extranjería

Si corresponde a otro documento, especifique qué tipo.

NÚMERO DE DOCUMENTO

1er. APELLIDO - 2o. APELLIDO - NOMBRES: Escriba el nombre completo del contratista en el orden indicado y tal como aparece en el documento expedido por registraduría

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA): Diligencie la fecha en el formato indicado (Día/Mes/Año).

SEXO: Coloque:

M: Para masculino

F: Para femenino

E.P.S: Todos y cada uno de los trabajadores deben estar afiliados en forma independiente a alguna Entidad Promotora de Salud (EPS). Escriba aquí el nombre de ésta.

CÓDIGO: Indique el código de la Entidad Promotora de Salud (EPS) a la cual está afiliado.

AFP: Todos y cada uno de los trabajadores deben estar afiliados en forma independiente a alguna Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).

Escriba el nombre de ésta.

CÓDIGO: Indique el código de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual está afiliado.

TIPO DE CONTRATO: Indique si el contrato es civil, comercial o administrativo.

FECHA INICIO DEL CONTRATO: Indique la fecha que inicia el contrato (DÍA/MES/AÑO)

FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO: Indique la fecha en que termina el contrato (DÍA/MES/AÑO)

RECIBE TRANSPORTE DEL CONTRATANTE: Indique según el caso.

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN: Indique la manera como pagará la cotización, de manera anticipada (indique el número de meses que cancela) o mes vencido.

FECHA INICIO COBERTURA: Inicio de cobertura del trabajador independiente, debe ser un día después de radicado

VALOR DEL CONTRATO: Especifique el monto del valor del contrato pactado.

DEDUCCIONES: Especifique el monto de las deducciones pactadas.

INGRESO MENSUAL: Escriba el valor que corresponde al monto devengado mensual.

IBC: Total reportado por el trabajador independiente durante cada período.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR: Describa la actividad a desarrollar en el presente contrato.

CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A EJECUTAR: Escriba el código de la actividad económica según el decreto vigente.

HORARIO EN QUE EJECUTARÁ LAS ACTIVIDADES: Señale en cada día el horario durante el cual desarrollará la actividad correspondiente a este contrato.

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTÁNEA AL SGRP POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES: Indique en los otros contratos que está ejecutando, con qué empleador está y en cuál

ARP se encuentra en cobertura.

IMPORTANTE: ESTE FORMULARIO DEBE IR FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE, EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ARP.