

**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES
FORMULARIO DE AFILIACIÓN, NOVEDADES Y RETIRO
DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y CONTRATANTES**



I. TRÁMITE

No.

☐ AFILIACIÓN

☐ TRASLADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD MM AAAA)

FECHA DE RADICACIÓN (DD MM AAAA)

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> NT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	Nº. DE DOCUMENTO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL		MUNICIPIO
		DEPARTAMENTO
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARP		

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

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> NT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	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
TPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO		FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN <input type="checkbox"/> ANTECIPADO <input type="checkbox"/> MES VENCIDO	
FECHA INICIO CONTRATO (DD MM AAAA)	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO (DD MM AAAA)	RECEBE TRANSPORTE DEL CONTRATANTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FECHA INICIO COBERTURA (DD MM AAAA)	VALOR DEL CONTRATO	No. DE MESES	
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IRC	
ACTIVIDAD A DESARROLLAR		HORARIO EN QUE EJECUTARÁ LAS ACTIVIDADES	
COT. ACT. SEGUN DECL. FUENTE		CLASE DE RIESGO DE ACTIVIDAD A EJECUTAR	

DÍA DE LA SEMANA	HORA
DOMINGO	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	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
MIERCOLES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
JUEVES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
VIERNES	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
SÁBADO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
DOMINGO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

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

NOMBRE ARP	CÓDIGO	Nº. IDENT. CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TPO DE CONTRATO
				<input type="checkbox"/> DEPEND. <input type="checkbox"/> INDEP.
				<input type="checkbox"/> DEPEND. <input type="checkbox"/> INDEP.
				<input type="checkbox"/> DEPEND. <input type="checkbox"/> INDEP.
				<input type="checkbox"/> DEPEND. <input type="checkbox"/> INDEP.
				<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 775 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2008 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAL O COMPLEMENTE.

SE DECLARA VERDADERO QUE LA INFORMACIÓN ASÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR POR EL CONTRATO DE LA COTIZACIÓN, CONTRATACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATACIÓN DE OBRAS DEL SGPP O DEL OBRERO DE CONTRATO.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATANTE

FIRMA TRABAJADOR INDEPENDIENTE

NOMBRE Y FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARP

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARP

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE