|  |  |
| --- | --- |
| Apreciado contratista, para garantizar un adecuado proceso en su afiliación a la administradora de riesgos laborales, le solicitamos que diligencie en su totalidad, todos los campos que se relacionan a continuación y remita el presente formato a la oficina de Seguridad y salud en el trabajo SST, a los correos [sst@crautonoma.gov.co](mailto:sst@crautonoma.gov.co) [auxiliargh@crautonoma.gov.co](mailto:auxiliargh@crautonoma.gov.co) | |
| **NOMBRES COMPLETOS Y APELLIDOS** |  |
| **NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION** | **C.C. No.**  **C.E. No.** |
| **SEXO** | **M \_\_\_\_ F­\_\_\_\_** |
| **EDAD** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **DIA: MES: AÑO:** |
| **TELEFONO FIJO** |  |
| **No. CELULAR** |  |
| **CORREO ELECTRONICO (SE AGRADECE DILIGENCIAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE)** |  |
| **DIRECCION DE RESIDENCIA** |  |
| **CIUDAD DE RESIDENCIA** |  |
| **PROFESION U OCUPACION** |  |
| **EPS** |  |
| **AFP (FONDO DE PENSIONES)** |  |
| **ARL a la cual decide afiliarse** (Tenga en cuenta todo trabajador sin importar su forma de vinculación sólo debe estar afiliado a una sola ARL según lo dispuesto en el artículo 2.2.4.2.2.9 afiliación, cuando existen varios contratos y en el parágrafo del artículo 2.2.4.2.2.4 selección de ARL del Decreto 1072 de 2015.) | **ARL Colmena seguros ( ) ARL SURA ( ) Positiva ARL ( ) AXA COLPATRIA ( ) Seguros Bolívar ( ) Liberty Seguros ( ) Seguros Alfa ( ) Otra, ¿ Cuál?** |
| **Si su ARL escogida fue Positiva, Axa Colpatria o Seguros Bolívar, atienda la siguiente instrucción para garantizar su proceso de afiliación** | Deberá adjuntar fotocopia del documento de identificación en pdf, certificado de eps y pensión no mayor a 30 días y contrato firmado por ambas partes cargado en SECOP.  **TODOS LOS DOCUMENTOS SE DEBERAN ADJUNTAR POR SEPARADO** |
| **PLAZO DEL CONTRATO (duración del contrato)** |  |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** |  |
| **ACTIVIDAD A DESARROLLAR EN LA CRA (OBLIGACIONES - OBJETO CONTRACTUAL)** |  |
| **SU OBJETO CONTRACTUAL INCLUYE:** | **Salidas a campo SI \_\_ NO \_\_**  **Labor Administrativa SI \_\_ NO \_\_**  **Ambas \_\_** |
| **DEPENDENCIA DE LA CRA A LA CUAL PRESTA SUS SERVICIOS PROFESIONALES.** |  |
| **NUMERO DE CONTRATO** |  |
| **FIRMA CONTRATISTA** |  |
| **NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SUPERVISOR ASIGNADO A SU CONTRATO.** |  |
| **FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO** |  |
| **PAGO Y PAZ Y SALVO DE MORA CON ARL.** | Si usted ha sido contratista de la CRA en años anteriores y presenta mora en aportes a riesgos laborales, debe encontrarse a paz y salvo y presentar los certificados que avalen tal condición. |