

|                    |                 |                           |                                                                                                              |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                 |                           | Autorizado por la<br>Superintendencia<br>Bancaria para operar<br>el ramo de seguros de<br>riesgos laborales. |
| <b>I. TRÁMITE</b>  |                 |                           |                                                                                                              |
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR    | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | Mediante resolución<br>No. 2250 de octubre<br>14 de 1994                                                     |
| AFILIACION         | ARL NO DEFINIDA | 14/06/2023 7:06:53        |                                                                                                              |

|                                            |           |                                                        |                          |                               |
|--------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <b>II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE</b> |           |                                                        |                          |                               |
| TIPO DE DOCUMENTO                          | No        | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE                                  | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI                                         | 901249947 | CORPORACION HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS- UNIREMINGTON, S | KR 28 N 26 A 34          | 1188956                       |

|                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| <b>III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b> |                                                                                                                                                                                                                                |                            |              |
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO                                                                                | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 1                                                                                                       | Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022) | 3861001                    | 3            |
| DIRECCIÓN                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | MUNICIPIO                  | DEPARTAMENTO |
| CARRERA 28 # 26 A - 34                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                | SANTA ROSA                 | Bolívar      |

|                                                                               |                          |                            |                         |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|------|
| <b>IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR</b> |                          |                            |                         |      |
| TIPO DE IDENTIDAD                                                             | NÚMERO                   | PRIMER APELLIDO            | SEGUNDO APELLIDO        |      |
| CC                                                                            | 1044505055               | ALVAREZ                    | MONSALVE                |      |
| NOMBRE(S)                                                                     | FECHA DE NACIMIENTO      | DIRECCIÓN RESIDENCIA       |                         |      |
| JOHANA ANDREA                                                                 | 2/10/1991                | Avenida Crespo 25-28       |                         |      |
| CIUDAD DE RESIDENCIA                                                          | TELÉFONO RESIDENCIA      | CELULAR                    | CORREO ELECTRÓNICO      | SEXO |
| SANTA ROSA DE OSOS                                                            | 8607240                  | 3146246280                 | johanita210@hotmail.com | F    |
| LOCALIDAD/COMUNA                                                              |                          | ZONA                       |                         |      |
|                                                                               |                          | Urbana                     |                         |      |
| EPS                                                                           | CÓDIGO                   | AFP                        | CÓDIGO                  |      |
| EPS Sura                                                                      | 9                        | Porvenir                   | 3                       |      |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN                                                |                          | FECHA INICIO COBERTURA     | VALOR DEL CONTRATO      |      |
| Mes Anticipado                                                                |                          | 15/6/2023                  | 29826659                |      |
| TIPO DE CONTRATO                                                              | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE   |      |
| ADMINISTRATIVO                                                                | 8/6/2023                 | 30/12/2023                 | SI                      |      |
| DEDUCCIONES                                                                   | INGRESO MENSUAL          | IBC                        |                         |      |

|                                                                                                                                                                                                                                |                            |                                               |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|---------------|
| 546821                                                                                                                                                                                                                         | 4971109                    | 1988443                                       |               |
| TIPO AFILIADO COTIZANTE                                                                                                                                                                                                        | SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE | TIPO DE MODALIDAD                             | JORNADA       |
| Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes                                                                                                                                                        | NO DEFINIDO                | Voluntario                                    | JORNADA UNICA |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR                                                                                                                                                                                                        | CÓDIGO ACTIVIDAD           | CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR |               |
| Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022) | 3861001                    | 3                                             |               |

| 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  |

| 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

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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL



SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE: