

## Formulario de Declaración de estado de contratista independiente

De conformidad con la Ley de Compensación a los Trabajadores de Colorado, se considera que una persona es contratista independiente y no empleado, si se cumplen las siguientes *dos* condiciones:

1. Él o ella está libre de control y dirección en la realización del servicio (a menos que se ejerza control de conformidad con lo estipulado en alguna disposición o estatuto estatal o federal).
2. Él o ella se dedica habitualmente a un oficio, ocupación, profesión o negocio independiente que se relaciona con los servicios prestados.

La Ley de Compensación a los Trabajadores de Colorado también detalla nueve criterios (que se indican en la página 2) que ayudan a determinar si las condiciones mencionadas anteriormente se cumplen o no. Para que una persona se considere contratista independiente, debe satisfacer sólo aquellos criterios que correspondan a su situación. No tiene que satisfacer los nueve criterios en su totalidad.

Este formulario de Declaración de estado de contratista independiente documenta la relación de trabajo, según se define en la Ley de Compensación a los Trabajadores de Colorado. *Es responsabilidad de nuestros asegurados y de sus contratistas independientes contestar este formulario de manera correcta y veraz.* Pinnacol Assurance aceptará este formulario sólo si va rubricado con iniciales donde resulte aplicable y está firmado y notariado por ambas partes. Si usted no entiende este formulario, no lo firme.

**Puede sacar copias de este formulario si las necesita. Deberá llenar este formulario sólo una vez por cada contratista independiente durante toda la vigencia de su póliza de Pinnacol Assurance o hasta que cambie la relación de trabajo. Este formulario no será válido a menos que el original notariado se devuelva a Pinnacol Assurance. Conserve una copia para sus archivos y envíe el original notariado a:**

**Pinnacol Assurance  
P.O. Box 469011  
Denver, CO 80246-9011**

*Si tiene alguna pregunta, llame a su asegurador de Pinnacol Assurance al 303-361-4000 ó 1-800-873-7242.*

# Declaración de estado de contratista independiente

Certificamos BAJO PENA DE COMETER PERJURIO que: (nombre y nombre comercial) \_\_\_\_\_  
que realiza (tipo de trabajo) \_\_\_\_\_  
Núm. de Seguro Social o Identificación Patronal Federal \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
es contratista independiente (CI) y no es empleado del siguiente asegurado (A): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

También certificamos, firmando con NUESTRAS iniciales DONDE RESULTE APLICABLE, que la empresa mencionada anteriormente para la cual la persona antedicha presta servicios satisface los siguientes criterios:

- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 1. La empresa NO requiere que la persona trabaje EXCLUSIVAMENTE en la empresa donde se prestan los servicios (salvo que la persona puede DECIDIR trabajar sólo para la empresa durante un periodo definido);
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 2. La empresa NO establece una norma de calidad para la persona (salvo que la empresa puede proporcionar planes y especificaciones relativos al trabajo, pero no puede supervisar el trabajo propiamente dicho o dar instrucciones a la persona sobre cómo se realizará el trabajo);
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 3. La empresa NO paga a la persona un salario o una tarifa por hora en lugar de una tarifa fija o contractual;
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 4. La empresa NO da por terminado el trabajo o el servicio proporcionado durante el periodo contractual a menos que la persona incumpla los términos del contrato o no produzca un resultado que satisfaga las especificaciones del contrato;
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 5. La empresa NO proporciona más que una capacitación mínima a la persona;
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 6. La empresa NO proporciona herramientas o prestaciones a la persona (salvo que puede suministrar materiales y equipo);
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 7. La empresa NO estipula el tiempo de realización (salvo que puede establecerse un calendario de terminación y un horario de trabajo mutuamente aceptable);
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 8. La empresa NO le paga al individuo personalmente sino que efectúa el pago o hace los cheques pagaderos al nombre comercial o de negocios de la persona;
- CI \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 9. La empresa NO combina las operaciones comerciales de ningún modo con las operaciones comerciales de la persona sino que mantiene todas esas operaciones por separado y claramente diferenciadas.

## CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA INDEPENDIENTE

### EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE ENTIENDE QUE:

- NO TENDRÁ DERECHO A NINGUNO DE LOS BENEFICIOS DE LA COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES EN CASO DE LESIÓN.
- ESTÁ OBLIGADO A PAGAR TODOS LOS IMPUESTOS SOBRE LA RENTA FEDERALES Y ESTATALES CON RESPECTO A TODOS LOS INGRESOS QUE PERCIBA POR PRESTAR LOS SERVICIOS A LA EMPRESA.
- ESTÁ OBLIGADO A PROPORCIONAR EL SEGURO DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES A TODOS LOS TRABAJADORES QUE CONTRATE.

Firma del Contratista Independiente \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_ Núm. del Seguro Social \_\_\_\_\_  
ESTADO DE COLORADO, CONDADO DE \_\_\_\_\_  
Suscrito y jurado ante mí por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Vencimiento de la comisión: \_\_\_\_\_

## NOTARIO PÚBLICO

La aceptación del contratista independiente mencionado en este formulario no modifica la responsabilidad de ninguna de las partes de conformidad con la Ley de Compensación a los Trabajadores. Si las personas u organizaciones contratadas o empleadas por el contratista independiente no están cubiertas por otro seguro de compensación a los trabajadores, se cobrará al asegurado especificado en este formulario una prima por la cobertura de dichas personas u organizaciones.

## CERTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Certifico que estoy autorizado por la empresa mencionada anteriormente para manifestar que toda la información contenida en este formulario es veraz y precisa. Entiendo que si la persona antedicha no reúne los requisitos para tener el estado de contratista independiente, se establecerá la prima que corresponda.

Firma \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
ESTADO DE COLORADO, CONDADO DE \_\_\_\_\_  
Suscrito y jurado ante mí por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Vencimiento de la comisión: \_\_\_\_\_

## NOTARIO PÚBLICO