



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. Cake 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.

Si tiene preguntas, por favor, contacte a un miembro del equipo de servicios al Cliente de Cake al: 720-573-2253 o 833-230-CAKE (2253).

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 Cake o hasta que cambie la relación de trabajo.

Este formulario no será válido a menos que una copia del formulario sea firmada, notariada y devuelta a Cake:

- **Correo electrónico:** support@cakeinsure.com
- **Correo:** Cake Insure
1624 Market Street
Ste 226 #63440
Denver, CO 80202



Declaración de Estado de Contratista Independiente

Certificamos **BAJO PENA DE COMETER PERJURIO** que (inserte el nombre del contratista y nombre comercial debajo):

Nombre: _____ Nombre comercial: _____

Que realiza (tipo de trabajo): _____

Identificación Patronal Federal: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Es contratista independiente (**CI**) y no es empleado del siguiente asegurado (**A**):

Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de 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 período 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 período 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.

No se olvide de completar la página 3 de este formulario, que contiene la Certificación para el Contratista Independiente. Esta certificación tiene que ser firmada y notariada.



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: _____ Puesto: _____

Los últimos cuatro dígitos del Núm. de Seguro Social: XXX-XX-_____

(por favor, no proporcione los números

completos de su seguro social)

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.

Notario Público

Estado de Colorado)

) §§

Condado de) _____

Suscrito y jurado ante mí por: _____

El día _____ de _____ , _____

Vencimiento de la comisión: _____

Firma: _____

Certificación del Asegurado de Cake

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: _____

Núm. de Póliza o Identificación Patronal Federal: _____

Notario Público

Estado de Colorado)

) §§

Condado de) _____

Suscrito y jurado ante mí por: _____

El día _____ de _____ , _____

Vencimiento de la comisión: _____

Firma: _____

