

Documentación para Subcontratistas

Proteja su negocio cuando use subcontratistas asegurándose de que estén en cumplimiento con la Ley de Compensación de los Trabajadores de Colorado.

Subcontratistas con trabajadores

Asegúrese de que su subcontratista esté en cumplimiento obteniendo certificados del seguro de compensación de los trabajadores que estén vigentes durante el periodo de su póliza.

Asegúrese de que los certificados de seguro sean válidos. Refiérase al ejemplo y busque lo siguiente:

1. El certificado lo origina el productor — ya sea el agente o la compañía de seguro — y no el propio subcontratista.
2. El certificado está a nombre del subcontratista que cobra sus pagos. Si estuviese a nombre de una organización de empleadores profesionales o una compañía arrendataria, el nombre del subcontratista debe aparecer al final del certificado (2A), bajo el espacio que dice “description of operations.”
3. El certificado contiene el número de una póliza de seguro de compensación de los trabajadores y no una anotación de “applied for,” “pending” o “to be determined” (en trámite, pendiente, a ser determinado.)
4. Las fechas de la póliza cubren el periodo durante el cual emplea al subcontratista.
5. Usted aparece como el titular del certificado.
6. La fecha de expedición cae a unos días del momento en que se solicitó.

INSUR LTR		ADDL INSPD	TYPE OF INSURANCE	POLICY NUMBER	POLICY EFFECTIVE DATE(MM/DD/YYYY)	POLICY EXPIRATION DATE(MM/DD/YYYY)	LIMITS
ACORD™ CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE DATE (MM/DD/YYYY) 10/24/2007			THIS CERTIFICATE IS ISSUED AS A MATTER OF INFORMATION ONLY AND CONFERS NO RIGHTS UPON THE CERTIFICATE HOLDER. THIS CERTIFICATE DOES NOT AMEND, EXTEND OR ALTER THE COVERAGE AFFORDED BY THE POLICIES BELOW.				
PRODUCER PINNACOL ASSURANCE 7501 E Lowry Blvd Denver, CO 80230-7006			INSURERS AFFORDING COVERAGE NAIC# INSURER A: PINNACOL ASSURANCE 41190 INSURER B: INSURER C: INSURER D: INSURER E:				
INSURED ABC Subcontractor Company 1234 Main Street Denver, CO 80022			COVERAGES THE POLICIES OF INSURANCE LISTED BELOW HAVE BEEN ISSUED TO THE INSURED NAMED ABOVE FOR THE POLICY PERIOD INDICATED, NOTWITHSTANDING ANY REQUIREMENT, TERM OR CONDITION OF ANY CONTRACT OR OTHER DOCUMENT WITH RESPECT TO WHICH THIS CERTIFICATE MAY BE ISSUED OR MAY PERTAIN, THE INSURANCE AFFORDED BY THE POLICIES DESCRIBED HEREIN IS SUBJECT TO ALL THE TERMS, EXCLUSIONS AND CONDITIONS OF SUCH POLICIES. LIMITS SHOWN MAY HAVE BEEN REDUCED BY PAID CLAIMS.				
GENERAL LIABILITY COMMERCIAL GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLAIMS MADE <input type="checkbox"/> OCCUR GEN'L AGGREGATE LIMIT APPLIERS PER: <input type="checkbox"/> POLICY <input type="checkbox"/> PROJECT <input type="checkbox"/> LOC			DAMAGE TO RENTED PREMISES MED EXP (Any one person) PERSONAL & ADV INJURY GENERAL AGGREGATE PRODUCTS - COMP/OP AGG				
AUTOMOBILE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO <input type="checkbox"/> ALL OWNED AUTOS <input type="checkbox"/> SCHEDULED AUTOS <input type="checkbox"/> HIRED AUTOS <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTOS			COMBINED SINGLE LIMIT (EA Accident) BODILY INJURY (Per person) BODILY INJURY (Per accident) PROPERTY DAMAGE (Per accident)				
GARAGE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO			AUTO ONLY - EA ACCIDENT OTHER THAN EA ACC AUTO ONLY AGG				
EXCESS/UMBRELLA LIABILITY <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> CLAIMS MADE DEDUCTIBLE RETENTION \$			EACH OCCURRENCE AGGREGATE				
WORKERS COMPENSATION AND EMPLOYERS LIABILITY ANY PROPRIETOR/PARTNER/EXECUTIVE OFFICER/MEMBER EXCLUDED? If yes, please describe under SPECIAL PROVISIONS below			X WC STATUS <input type="checkbox"/> OTHER TORY LIMITS E.L EACH ACCIDENT \$1,000,000 E.L DISEASE - EA EMPLOYEE \$1,000,000 E.L DISEASE - POLICY LIMIT \$1,000,000				
OTHER			DESCRIPTION OF OPERATIONS/LOCATIONS/VEHICLES/EXCLUSIONS ADDED BY ENDORSEMENT/SPECIAL PROVISIONS If a Professional Employers Organization is listed as the insured, the subcontractors name will appear here.				
CERTIFICATE HOLDER Your name Your company Address City, State, Zip			CANCELLATION SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, THE ISSUING COMPANY WILL ENDEAVOR TO MAIL 90 DAYS WRITTEN NOTICE TO THE CERTIFICATE HOLDER NAMED TO THE LEFT, BUT FAILURE TO MAIL SUCH NOTICE SHALL IMPOSE NO OBLIGATION OR LIABILITY OF ANY KIND UPON THE COMPANY, ITS AGENTS OR REPRESENTATIVES.				
ACORD 25(2001/08)			AUTHORIZED REPRESENTATIVE Christina Noakes Underwriter ACORD CORPORATION 1988				

Contratistas Independientes

Para ser considerado un contratista independiente, la Ley de Compensación de los Trabajadores de Colorado determina que el individuo tiene que ejercer un oficio, profesión o servicio independientemente (desempeñarse sin control de nadie) y no tener empleados. Cada caso es único y el estatus de contratista independiente puede variar.

La siguiente documentación puede ser utilizada para respaldar el estatus de un contratista independiente:

- Certificado de seguro de responsabilidad general
- Formularios de Pinnacol de contratista independiente
- Contratos firmados

Documentación y auditorías

La documentación será revisada cuando su póliza sea auditada. La auditoría verificará el estatus de cada subcontratista y/o contratista independiente. Para llevar a cabo la auditoría de subcontratistas, la auditora o auditor necesitará examinar registros que muestren los nombres y las cantidades pagadas a cada subcontratista, incluyendo cualquier contratista independiente. Los registros que contienen esta información son: estados de ganancias y pérdidas, el libro mayor, formularios 1099 y 1096, declaraciones de renta, y/o reportes de proveedores.