

¿EMPLEADO O CONTRATISTA INDEPENDIENTE?

Saber si la persona que trabaja para usted es empleado o contratista independiente es una pregunta importante. La respuesta determina si dicha persona está cubierta por su póliza de seguro de compensación de trabajadores.

¿Empleado o Contratista Independiente?

La Ley de Compensación de Trabajadores establece que cualquiera que realice un trabajo para usted es un empleado, salvo que dicho individuo:

- Esté libre de control y dirección al realizar el servicio, y
- Acostumbre realizar de manera independiente su oficio, ocupación, profesión o negocio relacionado con el servicio ofrecido, y
- No tenga empleados.

Los hechos determinan la condición de empleado o contratista independiente.

¿El individuo hace su trabajo "libre de control o dirección"?

- ¿Le indica usted al individuo cuándo o cómo hacer el trabajo?
- ¿Usted le proporciona herramientas o equipo?

Si la respuesta a estas preguntas es **NO**, los hechos indican que el individuo es un contratista independiente.

Tiene el individuo "una ocupación, profesión, negocio u oficio independiente?"

El individuo:

- ¿Tiene nombre comercial?
- ¿Tiene seguro comercial?
- ¿Ofrece este servicio a otros negocios?
- ¿Genera facturas?
- ¿Proporciona las herramientas y el vehículo?
- ¿Trabaja solo? (Si no es el caso, podría necesitar seguro de compensación de trabajadores.)

¿Se reciben pagos a nombre del negocio?

¿Se le paga al individuo una tarifa fija?

Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es **SI**, entonces los hechos indican que el individuo es un contratista independiente.

Para asegurarse, examine los hechos con su agente, asegurador o auditor. Los contratos entre usted y el individuo deben enviarse al agente, asegurador o auditor a fin de confirmar la condición de independiente del contratista.

Pinnacol Assurance provee un formulario de contratista independiente, en inglés y español, que proporciona la documentación de las relaciones comerciales de acuerdo a la Ley de Compensación de Trabajadores de Colorado.

Para obtener formularios de contratista independiente, póngase en contacto con Pinnacol Assurance al 303-361-4005 o al 1-888-243-1124, o visite www.pinnacol.com, haga click en "Employers," luego "Resources."

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA SUBCONTRATISTAS

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

Subcontratistas con empleados

Asegúrese de que su subcontratista esté bajo el cumplimiento necesario, obteniendo:

- Certificado de Seguro de Compensación de Trabajadores válido por el período de vigencia de su seguro.

Asegúrese de que el certificado de seguro es válido. Observe el certificado y verifique lo siguiente: *(certificados siempre en inglés)*

- 1 El certificado se origina del productor – ya sea el agente o la compañía de seguros – y no del propio contratista.
- 2 El certificado es a nombre del subcontratista que cobra sus pagos. Si estuviere a nombre de una organización de empleadores de cualquier profesionales o una compañía arrendataria, el nombre del subcontratista debe aparecer al final del certificado (2A), bajo el espacio "description of operation."
- 3 El certificado contiene el número de una póliza de seguro de compensación de trabajadores, y no una anotación de "en trámite", "pendiente" o a ser determinado.
- 4 Las fechas de la póliza cubren el período de empleo del subcontratista.
- 5 Usted debe aparecer como tenedor del certificado.
- 6 La fecha de expedición del certificado debe ser reciente.

Contratista Independiente (CI)

La Ley de Compensación de Trabajadores de Colorado determina que para ser un Contratista Independiente, éste debe: Ejercer un oficio, profesión o servicio independiente; desempeñarse sin control de nadie; y no tener empleados. Cada caso es único, y el status de CI puede variar.

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

- Certificado de Seguro de Responsabilidad General
- Formularios Pinnacol de Contratista Independiente
- Contratos firmados

Documentación y Auditoría

La documentación será revisada cuando se realice una auditoría de su póliza. Esta auditoría verificará el status o condición de cada subcontratista y contratista independiente. La auditoría del subcontratista requiere examinación de los pagos a cada subcontratista, incluyendo contratistas independientes. Los documentos que contienen esta información son: Estados de ganancias y pérdidas, Libro Mayor, formularios 1099 y 1096, Declaraciones de Renta, y/o reportes de proveedores.

ACORD -		CERTIFICATE OF LIABILITY INSURANCE		DATE PRINTED 12/24/2007																																				
PRODUCER PINNACOL ASSURANCE 7501 E Lowry Blvd Denver, CO 80230-7000		1		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.																																				
INSURED ABC Subcontractor Company 1234 Main Street Denver, CO 80022		2		INSURERS AFFORDING COVERAGE <table border="1"> <tr> <th>INSURER</th> <th>NAIC#</th> </tr> <tr> <td>PINNACOL ASSURANCE</td> <td>61180</td> </tr> <tr> <td>INSURER</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INSURER</td> <td></td> </tr> <tr> <td>INSURER</td> <td></td> </tr> </table>	INSURER	NAIC#	PINNACOL ASSURANCE	61180	INSURER		INSURER		INSURER																											
INSURER	NAIC#																																							
PINNACOL ASSURANCE	61180																																							
INSURER																																								
INSURER																																								
INSURER																																								
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 ASSURANCE 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.																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AREA</th> <th>DESCRIPTION OF COVERAGE</th> <th>POLICY NUMBER</th> <th>POLICY EFFECTIVE DATE</th> <th>POLICY EXPIRES DATE</th> <th>LIMIT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLIMATE MADE <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> RETRY, APPROXIMATE LIMIT APPLICABLE PER <input type="checkbox"/> RETRY <input type="checkbox"/> PERIOD <input type="checkbox"/> LOSS </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> BODILY INJURY DAMAGE TO NON-AUTO PROPERTY PRODUCTS/COMPOUND BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> AUTOMOBILE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO <input type="checkbox"/> ALL OTHER AUTO <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTO <input type="checkbox"/> USED AUTO <input type="checkbox"/> NEW-OWNED AUTO </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> COMBINED SINGLE LIMIT BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> MARINE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> AUTOMOBILE LIABILITY AUTOMOBILE AUTOMOBILE AUTOMOBILE </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> PROFESSIONAL LIABILITY <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> CLAIMS MADE <input type="checkbox"/> RETRY PERIOD </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY </td> </tr> <tr> <td> A </td> <td> PROPERTY COMPENSATION AND EMPLOYER LIABILITY ANY FORMS (COMPARTMENTS) (S) (S) EMPLOYMENT EXCLUSION (S) If you press function under SPECIAL PROVISIONS select </td> <td>123456789</td> <td>04/01/2007</td> <td>04/01/2008</td> <td> <input type="checkbox"/> NO LIMIT <input type="checkbox"/> OTHER \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000 </td> </tr> </tbody> </table>	AREA	DESCRIPTION OF COVERAGE	POLICY NUMBER	POLICY EFFECTIVE DATE	POLICY EXPIRES DATE	LIMIT	<input type="checkbox"/> GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLIMATE MADE <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> RETRY, APPROXIMATE LIMIT APPLICABLE PER <input type="checkbox"/> RETRY <input type="checkbox"/> PERIOD <input type="checkbox"/> LOSS					BODILY INJURY DAMAGE TO NON-AUTO PROPERTY PRODUCTS/COMPOUND BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE	<input type="checkbox"/> AUTOMOBILE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO <input type="checkbox"/> ALL OTHER AUTO <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTO <input type="checkbox"/> USED AUTO <input type="checkbox"/> NEW-OWNED AUTO					COMBINED SINGLE LIMIT BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE	<input type="checkbox"/> MARINE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO					AUTOMOBILE LIABILITY AUTOMOBILE AUTOMOBILE AUTOMOBILE	<input type="checkbox"/> PROFESSIONAL LIABILITY <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> CLAIMS MADE <input type="checkbox"/> RETRY PERIOD					PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY	A	PROPERTY COMPENSATION AND EMPLOYER LIABILITY ANY FORMS (COMPARTMENTS) (S) (S) EMPLOYMENT EXCLUSION (S) If you press function under SPECIAL PROVISIONS select	123456789	04/01/2007	04/01/2008	<input type="checkbox"/> NO LIMIT <input type="checkbox"/> OTHER \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000	3	4		
AREA	DESCRIPTION OF COVERAGE	POLICY NUMBER	POLICY EFFECTIVE DATE	POLICY EXPIRES DATE	LIMIT																																			
<input type="checkbox"/> GENERAL LIABILITY <input type="checkbox"/> CLIMATE MADE <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> RETRY, APPROXIMATE LIMIT APPLICABLE PER <input type="checkbox"/> RETRY <input type="checkbox"/> PERIOD <input type="checkbox"/> LOSS					BODILY INJURY DAMAGE TO NON-AUTO PROPERTY PRODUCTS/COMPOUND BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE																																			
<input type="checkbox"/> AUTOMOBILE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO <input type="checkbox"/> ALL OTHER AUTO <input type="checkbox"/> NON-OWNED AUTO <input type="checkbox"/> USED AUTO <input type="checkbox"/> NEW-OWNED AUTO					COMBINED SINGLE LIMIT BODILY INJURY BODILY INJURY PROPERTY DAMAGE PROPERTY DAMAGE																																			
<input type="checkbox"/> MARINE LIABILITY <input type="checkbox"/> ANY AUTO					AUTOMOBILE LIABILITY AUTOMOBILE AUTOMOBILE AUTOMOBILE																																			
<input type="checkbox"/> PROFESSIONAL LIABILITY <input type="checkbox"/> OCCUR <input type="checkbox"/> CLAIMS MADE <input type="checkbox"/> RETRY PERIOD					PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY PROFESSIONAL LIABILITY																																			
A	PROPERTY COMPENSATION AND EMPLOYER LIABILITY ANY FORMS (COMPARTMENTS) (S) (S) EMPLOYMENT EXCLUSION (S) If you press function under SPECIAL PROVISIONS select	123456789	04/01/2007	04/01/2008	<input type="checkbox"/> NO LIMIT <input type="checkbox"/> OTHER \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000 \$1,000,000																																			
DESCRIPTION OF OPERATION/LOCATION/VEHICLE/EXCLUSIONS ADDED BY ENDORSEMENT/SPECIAL PROVISIONS If a Professional Employer Organization is listed as the insured, the subcontractors name will appear here.																																								
CERTIFICATE HOLDER Your Name Your Company Address City, State, Zip		5			CANCELLATION SHOULD ANY OF THE ABOVE DESCRIBED POLICIES BE CANCELLED BEFORE THE EXPIRATION DATE THEREOF, THE ISSUING COMPANY WILL ENDEAVOR TO MAIL 15 DAYS WRITTEN NOTICE TO THE CERTIFICATE HOLDER NAILED 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. AUTHORIZED REPRESENTATIVE Christina Hoakes Underwriter																																			
ACORD 25 (2001A)		ACORD CORPORATION 1988																																						