



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co



STICKER DE RADICACIÓN

006044-F:8

Independiente
SANTANDER
BUCARAMANGA
19/09/2018
2:47:25 p.m.



2018-68-002-006044

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

TRÁMITE

TIPO DE ACTUALIZACIÓN

☒ AFILIACIÓN

☐ DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

☐ ACTUALIZACIÓN

☐ INFORMACION DEL CONTRATO

☐ PRÓRROGA DEL CONTRATO

☐ INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE O EMPRESA TRANSPORTADORA

SEÑOR CONTRATANTE Y CONTRATISTA

Recuerde que en caso de renovación una vez cumplida la fecha de terminación del contrato debe realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en riesgos laborales.

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. M D C T E P PRIMER APELLIDO ESPARZA
No. DE DOCUMENTO 91294942 SEGUNDO APELLIDO GARAY

PRIMER NOMBRE JOSE SEGUNDO NOMBRE GREGORIO

* FECHA NACIMIENTO 1973 02 21 SEXO M F NACIONALIDAD COLOMBIANA

EPS ACTUAL COOMEVA E.P.S. S.A. AFP ACTUAL PROTECCION

DIRECCIÓN RESIDENCIA CALLE 28 # 7-15 LAGOS 3

DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO FLORIDABLANCA

CELULAR O TELEFONO FIJO 3186997385 CORREO ELECTRÓNICO JOSEGREGO2@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ☒ COMERCIAL ☐ CIVIL ☐ PÚBLICO ☒ PRIVADO ☐ SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ☐ NO ☒

* FECHA INICIO 2018 09 19 * FECHA DE TERMINACIÓN 2018 10 31 No. DE MESES 1

DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES ☒ MARTES ☒ MIERCOLES ☒ JUEVES ☒ VIERNES ☒ SABADO ☐ DOMINGO ☐ DE 06:00 AM HASTA 06:00 PM

VALOR TOTAL \$1.920.000 VALOR MENSUAL \$1.920.000 * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$781.242

* ACTIVIDAD A EJECUTAR EDUCACION SUPERIOR HACE REFERENCIA A TAXISTA SI ☐ NO ☒ CÓDIGO 1805001

DIRECCIÓN CRA 28 # 31-07

DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO BUCARAMANGA

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE O EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas)

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. M D C N T E P * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA REGIONAL SANTANDER
No. DE DOCUMENTO 800117540

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1805001

La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 13 Dec. 723/13)

DIRECCIÓN PRINCIPAL CRA 28 # 31-07

DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO BUCARAMANGA

TELÉFONO 6343936 FAX CORREO ELECTRÓNICO SANTANDER@ESAP.EDU.CO

* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. M D C T E P PRIMER APELLIDO CHAVEZ

No. DE DOCUMENTO 91241058 SEGUNDO APELLIDO VERA

PRIMER NOMBRE CESAR SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

EL CONTENIDO DE LOS DATOS REGISTRADOS EN PRESENTE FORMULARIO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LOS SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y A LA ACTIVIDAD LABORAL QUE VA A DESARROLLAR

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

1805001

CLASE DE RIESGO

TARIFA

1

0,52200

* LA ENMENDADURA, TACHÓN O FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON ASTERISCO GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN.

SE TOMARÁ LA REGISTRADA EN EL CONTRATO ANEXO A ESTE FORMULARIO

FIRMA DEL CONTRATANTE

Esta firma no se requiere cuando el contrato sea de arrendamiento

OFIXPRES

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Rev. Junio/ 2014

2018091903009129494201

Adicionalmente, el trabajador independiente debe presentar al momento de la afiliación, el formulario de afiliación del trabajador independiente, el cual se encuentra disponible en la página web de la Administradora de Riesgos Laborales.

Adicionalmente, el trabajador independiente debe presentar al momento de la afiliación, el formulario de afiliación del trabajador independiente, el cual se encuentra disponible en la página web de la Administradora de Riesgos Laborales.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí ☒ No ☐**

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **Sí ☒ No ☐**

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

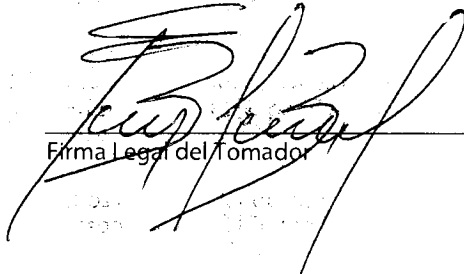


- G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:
- a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
 - b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
 - c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
 - d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
 - e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
 - f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
 - g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de FLORIDABLANCA a los (19) días del mes de SEPTIEMBRE del año 18.

JOSE GREGORIO ESPARZA GARAY

Nombres y Apellidos del Titular


Firma Legal del Tomador