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

STICKER DE RADICACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS 040650-F:15
Sujeto a revisión
Independiente
BOGOTA D.C.
BOGOTA D.C.
28/09/2018
12:40:28 p.m.
14888071
2018-11-006-040650

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

20180927030019274869O1

TRÁMITE
- (●) AFILIACIÓN
- ( ) ACTUALIZACIÓN

TIPO DE ACTUALIZACIÓN
- ( ) DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE
- ( ) INFORMACIÓN 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) — No. DE DOCUMENTO: 19274869	PRIMER APELLIDO: ACOSTA SEGUNDO APELLIDO: FORERO
PRIMER NOMBRE: HIPOLITO	SEGUNDO NOMBRE:
* FECHA NACIMIENTO AÑO: 1956 MES: 08 DÍA: 17 — SEXO M(●) F( )	NACIONALIDAD: COLOMBIANA
EPS ACTUAL: COMPENSAR E.P.S.	AFP ACTUAL: PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CALLE 67 C NO. 66 - 36	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3165697857	CORREO ELECTRÓNICO: HIPOLITOACOSTAF@HOTMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO (●)	COMERCIAL ( )	CIVIL ( )	PÚBLICO (●)	PRIVADO ( )	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI ( )	NO (●)
* FECHA INICIO	AÑO 2018	MES 09	DÍA 11	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2018	MES 12	DÍA 31	No. DE MESES: 3
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES (●)	MARTES (●)	MIERCOLES (●)	JUEVES (●)	VIERNES (●)	SABADO ( )	DOMINGO ( )	DE 06:0(AM(●) PM( ) HASTA 06:0(AM( ) PM(●)
VALOR TOTAL: $20.910.000	VALOR MENSUAL: $6.970.000					* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $2.788.000		
* ACTIVIDAD A EJECUTAR: EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECU	TAXISTA SI ( )	NO (●)	CÓDIGO: 1751201 SO ARL					
DIRECCIÓN: CALLE 74 A # 63-04								
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.							

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) — No. DE DOCUMENTO: 899999061 DV: 9	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1751201	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. 11 Dec 793/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL: CALLE 16 6-66 P36 ED AVIANCA	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
TELÉFONO: 3387000 — FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: NINA.RINCON@GOBIERNOBOGOTA.G(
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (M) (D) (C●) (T) (E) (P) — No. DE DOCUMENTO: 1032402059	PRIMER APELLIDO: RIOS SEGUNDO APELLIDO: BARRERO
PRIMER NOMBRE: DIEGO	SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRO

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR 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

Hipolito Acosta

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

SE TOMARA LA REGISTRADA EN EL CONTRATO ANEXO A ESTE FORMULARIO

FIRMA DEL CONTRATANTE
Esta firma no se requiere cuando el contrato sea de arrendamiento

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1751201	1	0,52200

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

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ESTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL Y EXACTA DEL ORIGINAL

OFIXPRES S.A.S. NIT 800.155.676-1 TEL. 745 1926

Rev. Junio/ 2014

117

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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 BOGOTA D.C. a los (27) días del mes de SEPTIEMBRE del año 18

HIPOLITO ACOSTA FORERO
Nombres y Apellidos del Titular

Firma Legal del Tomador