FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9008343309
9008343309

No. de Radicación: 22993834

Fecha de Radicación: 14 01 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	3
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: RUA	Segundo Apellido: RUIZ	Primer Nombre: PAULA	Segundo Nombre: ANDREA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1047042985	Femenino [X] Masculino [ ]	D D 05 M M 11 A A A A 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P		20	NINGUNA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.000.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

Datos complementarios

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo F	N	M	Condición T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
RUA RUIZ PAULA ANDREA	CC	1047042985	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 85C N 64 31 SUR	8888888		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D 14 M M 01 A A 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
Cantidad:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: INDEPENDIENTE

71. Firma del funcionario

Famisanar 3125
Jose Joaquin Nemocon R.
Ejecutivo Comercial

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Dependiente a Independiente

05/2016

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAULA ANDREA RUA RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.042.985**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

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

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20220114031047042985O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1047042985	PRIMER APELLIDO RUA
	SEGUNDO APELLIDO RUIZ
PRIMER NOMBRE PAULA	SEGUNDO NOMBRE ANDREA
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1996 MES 11 DÍA 05 — SEXO M ( ) F (X)	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL E.P.S. FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COI	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 85 C # 64 - 31 SUR	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3148779353	CORREO ELECTRÓNICO PAULARUARUIZ@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X) — PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

* FECHA INICIO AÑO 2022 MES 01 DÍA 14	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO ---- MES -- DÍA -- — No. DE MESES ---
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO (X)	DE 01:00 AM (X) PM ( ) HASTA 12:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL ----------	VALOR MENSUAL $1000000 — * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1000000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE CONTABILIDAD, TE	CÓDIGO 1741201 USO ARL
CARGO U OCUPACIÓN AUXILIAR CONTABLE, FINANCIERO Y CÁLCULO DE COSTOS.	TAXISTA SI ( ) NO (X)
DIRECCIÓN CL 26 13 49 IN 201	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.

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

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 899999998 DV 4	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1741201 DE ARL	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 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL KR 85 C # 64 - 31 SUR	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 3148779353 — FAX	CORREO ELECTRÓNICO POSITIVA@POSITIVA.GOV.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. / No. DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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, DECRETO 1563 DE 2016 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

* Paula Rua R.

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1741201
CLASE DE RIESGO: 1
TARIFA: 0,52200

* **LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) 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

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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) ealizar 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** [X] **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** [X] **No** [ ]

E. eclaro 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.

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 (14) días del mes de ENERO del año 22

PAULA ANDREA RUA RUIZ
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Paula Rua R.
Firma del Trabajador Independiente

ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	Fecha de radicación (aaaa mm dd)	20220114
	Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)	20220114

I. TIPO DE TRÁMITE

Tipo de trámite	Identificación de Peligros ☐	Novedad ☐

I.I NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL

Tipo de Novedad			
	☐ Por cambio de ocupación u oficio	☐ Suspensión contrato	☐ Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral
	☐ Identificación de un nuevo peligro.	☐ Cambio de datos personales (dirección, teléfono)	

Fecha de novedad (aaaa mm dd) 20220114

II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO

Tipo documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE	RUA	RUIZ	PAULA	ANDREA
Número de documento 1047042985	Dirección	Ciudad	Departamento	
	CL 26 13 49 IN 201	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa) 05111996	Teléfono	Teléfono móvil	Correo electrónico	
		6013282121	PAULARUARUIZ@GMAIL.COM	

Código Ocupacion u Oficio	Clase de riesgo	CIU-08	Dígitos Adicionales	Nombre de Ocupacion u Oficio a la cual se va a afiliar
	1	4311	01	AUXILIAR CONTABLE, FINANCIERO Y CÁLCULO DE COSTOS.

Género	Código EPS	Nombre EPS	Código AFP
[ ] M [X] F	EPS017	E.P.S. FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	230301
	Código ARL 14-23	**Nombre ARL** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**Nombre AFP** PORVENIR

III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección	Teléfono	Teléfono celular
KR 85 C # 64 - 31 SUR		3148779353
Ciudad BOGOTA D.C.	**Departamento** BOGOTA D.C.	

IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE

Tipo documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE	MORALES	BUSTAMANTE	JAIME	JUNIOR

Número de documento	Dirección	Ciudad	Departamento	Teléfono
1032480679	KR 85 C 64 31 SUR PI 2	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	3016112816

V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x unicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)

V.I PELIGROS FÍSICOS

ENERGÍA MECÁNICA	ENERGÍA TÉRMICA	ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA
[ ] RUIDO	[ ] TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO	[ ] RADIACIONES NO IONIZANTES
[ ] VIBRACIÓN	[ ] TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR	[ ] RADIACIONES IONIZANTES
[ ] PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS		

V.II PELIGROS QUIMICOS

AGREGADOS MOLECULARES	MOLECULARES
[ ] AEROSOLES SÓLIDOS: Fibras polvos y humos [ ] AEROSOLES LÍQUIDOS: Nieblas	[ ] GASES: Orgánicos o Inorgánicos [ ] VAPORES

V.III PELIGROS BIOLOGICOS

MICROORGANISMOS	ARTRÓPODOS	ANIMALES	
[ ] VIRUS [ ] RICKETTSIAS	[ ] CRUSTÁCEOS [ ] ROEDORES	[ ] INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos	[ ] VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas
[ ] BACTERIAS [ ] HONGOS	[ ] ARÁCNIDOS	[ ] VERTEBRADOS	

V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS

CARGA FÍSICA	DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO
[X] ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.	[X] PLANOS DE TRABAJO INADECUADO
[ ] DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, Inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.	[X] ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO

V.V PELIGROS DE SEGURIDAD

FISICO -QUIMICO	ELÉCTRICO	MECÁNICOS	LOCATIVOS
[ ] INCENDIO	[ ] ALTA TENSIÓN (> 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios)	[ ] MAQUINAS Y EQUIPOS	[ ] TRABAJO EN ALTURAS
[ ] EXPLOSIÓN	[ ] MEDIA TENSIÓN (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios)	[ ] HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)	[X] ORDEN Y ASEO
[ ] FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	[ ] BAJA TENSIÓN (= 25 Voltios A <= 1000 voltios)	[ ] MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc)	[X] ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)
[ ] REACCIONES QUÍMICAS	[ ] EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)	[ ] EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)	[X] DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)
	[ ] TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		[X] INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)
	[ ] INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		

V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES	V.VII PELIGROS PÚBLICOS
[X] TERREMOTOS	[X] HURTO
[ ] INUNDACIONES	[ ] MANIFESTACIÓN
[ ] AVALANCHAS	[ ] TERRORISMO
[ ] ERUPCIÓN VOLCÁNICA	[ ] EXTORSIÓN Y BOLETEO
[ ] TORMENTAS	[ ] SECUESTRO

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO					
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CONDICIONES INTRALABORALES			CONDICIONES EXTRALABORALES		
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea	X		El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	X	
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	X		Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	X	
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	X		La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	X	
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	X		El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	X	
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	X				
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso	X				
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	X				
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	X				
CONTROL	SI	NO		SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	X		El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	X	

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Paola Rda R.	
Firma del Trabajador	Firma del Funcionario de la ARL

Pantallazo de afiliacion independiente

