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

STICKER DE RADICACIÓN




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

20181109030080052696O1

**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: 80052696 | PRIMER APELLIDO: CAITA |
| | SEGUNDO APELLIDO: CASTRO |
| PRIMER NOMBRE: JOHON | SEGUNDO NOMBRE: SAMIR |
| * FECHA NACIMIENTO AÑO 1979 MES 09 DÍA 11 — SEXO M● F( ) | NACIONALIDAD: COLOMBIANA |
| EPS ACTUAL: REG. EXECEP (FOSYGA) | AFP ACTUAL: SIN AFP (PENSIONADOS O NO OBLIG/ |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: CRA 89A #72A - 89 | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. | MUNICIPIO: BOGOTA D.C. |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO: 3116229346 | CORREO ELECTRÓNICO: JOHONCAITA@GMAIL.COM |

## II. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO: ADMINISTRATIVO● | COMERCIAL( ) | CIVIL( ) | PÚBLICO● | PRIVADO( ) | SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI( ) NO● |
| * FECHA INICIO AÑO 2018 | MES 11 | DÍA 27 | * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2018 | MES 12 | DÍA 27 — No. DE MESES: 1 |
| DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES● MARTES● MIERCOLES● JUEVES● VIERNES● SABADO● DOMINGO● | | | | | DE 06:0( AM● PM( ) HASTA 06:0( AM( ) PM● |
| VALOR TOTAL: $3.000.000 | VALOR MENSUAL: $3.000.000 | | | | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $1.200.000 |
| * ACTIVIDAD A EJECUTAR: EDUCACION SUPERIOR HACE REFERENCIA A I | | | | | TAXISTA SI( ) NO● — CÓDIGO: 1805001 |
| DIRECCIÓN: CRA 54 #25 - 26 | | | | | |
| 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: 900385079 DV: 8 | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE CENAC PERSONAL |
| 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 723/13) |
| DIRECCIÓN PRINCIPAL: CLL 24C # 43A-23 | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. | MUNICIPIO: BOGOTA D.C. |
| TELÉFONO: 3134925679 — FAX | CORREO ELECTRÓNICO: JENNY.RUBIANO@EJERCITO.MIL.CO |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (M D C● T E P) / No. DE DOCUMENTO: 16750407 | PRIMER APELLIDO: VIDAL |
| | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ |
| PRIMER NOMBRE: VICTOR | SEGUNDO NOMBRE: HUGO |

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

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 |
|---|---|---|
| 1805001 | 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 98 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.151.826-1 TEL. 743 1550

Rev. Junio/ 2014

DISTRIBUCIÓN VENTA

POSITIVA

COMPAÑÍA DE SEGUROS

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