COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A,** se identificó que **CARLOS ARMANDO CANTILLO LADRON DE GUEVARA** con **CC No. 72020369,** registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 890102018 - ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Fecha de última cobertura:** 06/12/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de Inicio de Contrato:** 07/11/2023 **Fecha fin de Contrato:** 07/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20230102281351.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de diciembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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.

20231205030072020369O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 72020369	PRIMER APELLIDO CANTILLO
	SEGUNDO APELLIDO LADRON DE GUEVARA
PRIMER NOMBRE CARLOS	SEGUNDO NOMBRE ARMANDO
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1981 MES 02 DIA 01	SEXO M F / NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 41 52 87	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3004000984	CORREO ELECTRÓNICO RCANTILLOL@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ● COMERCIAL ○ CIVIL ○ | PÚBLICO ● PRIVADO ○ | SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ○ NO ●

* FECHA INICIO AÑO 2023 MES 11 DIA 07	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2023 MES 12 DIA 07 / No. DE MESES 1
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES ● MARTES ● MIERCOLES ● JUEVES ● VIERNES ● SABADO ○ DOMINGO ○	DE 06:00 AM ● PM ○ HASTA 06:00 AM ○ PM ●
VALOR TOTAL $3500000	VALOR MENSUAL $3500000 / * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1400000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, I	CÓDIGO 1841201 USO ARL
CARGO U OCUPACIÓN CONTRATISTA	TAXISTA SI ○ NO ●
DIRECCIÓN CL 34 43 31	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)

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 890102018 DV 1	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1841201 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 CL 34 43 31 ED ALCALDIA DE BARRANQUILLA	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
TELÉFONO 3399106 FAX	CORREO ELECTRÓNICO SALUDOCUPACIONAL@BARRANQUILL
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1010168653	PRIMER APELLIDO HERNANDEZ / SEGUNDO APELLIDO UCROS
PRIMER NOMBRE MARIA	SEGUNDO NOMBRE MONICA

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

Formulario Firmado Electrónicamente / 2023-12-05 / 11:43:28

* CARLOS ARMANDO CANTILLO LADRON D

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1841201	1	0,52200

* **LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN**

Rev. Noviembre/ 2019

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA