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.

20200218031032376529O2

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (C) / No. DE DOCUMENTO	1032376529
PRIMER APELLIDO	ORTIZ
SEGUNDO APELLIDO	CORTAZAR
PRIMER NOMBRE	LINA
SEGUNDO NOMBRE	MARIA
* FECHA NACIMIENTO (AÑO / MES / DIA)	1982 / 10 / 03
SEXO (F)	
NACIONALIDAD	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	COMPENSAR E.P.S.
AFP ACTUAL	PROTECCION
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 27 A # 32 A -19
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO	3144625836
CORREO ELECTRÓNICO	LINS0382@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

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

* FECHA INICIO (AÑO / MES / DIA)	2020 / 02 / 18
* FECHA DE TERMINACIÓN (AÑO / MES / DIA)	2020 / 06 / 17
No. DE MESES	4
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES (●) MARTES (●) MIERCOLES (●) JUEVES (●) VIERNES (●) SABADO ( ) DOMINGO ( ) — DE 06:00 AM (●) PM ( ) HASTA 06:00 AM ( ) PM (●)
VALOR TOTAL	$18.400.000
VALOR MENSUAL	$4.600.000
* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	$1.840.000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E
CÓDIGO	5742101
CARGO U OCUPACIÓN	ABOGADOS
TAXISTA	SI ( ) NO (●)
DIRECCIÓN	CL 74 A 63 04
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. (N) / 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 723/13)

DIRECCIÓN PRINCIPAL	CLL 32 SUR # 23-62
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.
TELÉFONO	7654321
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	NINA.RINCON@GOBIERNOBOGOTA.G(
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (C) / No. DE DOCUMENTO	79918323
PRIMER APELLIDO	RESTREPO
SEGUNDO APELLIDO	ROJAS
PRIMER NOMBRE	VICTOR
SEGUNDO NOMBRE	MANUEL

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

* _____
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 5742101
CLASE DE RIESGO: 5
TARIFA: 6,96000

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

Rev. Noviembre/ 2019

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