



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 se evidenció que, **JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON** identificado con CC No. **91104053**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO - NI. 890102018	Fecha de inicio de cobertura: 26/04/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 19/04/2024 Fecha fin de Contrato: 30/10/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

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): 202401014536248.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

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



POSITIVA
COMPANIA 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.

2024042503009110405301

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO	ARIZA
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	OBREGON
91104053		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ALBERTO
JORGE		
* FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
AÑO 1964 MES 12 DÍA 25	M F	COLOMBIA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	COLPENSIONES ADMINISTRADORA C
SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.		
DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CARRERA 59 NO 94-138 CASA 6		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA (DISTRITO)
ATLANTICO		
CELULAR O TELEFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	JAARIZAO@HOTMAIL.COM
3572306		

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO	COMERCIAL	CIVIL	PÚBLICO	PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI	NO
* FECHA INICIO	AÑO 2024 MES 04 DÍA 19	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2024 MES 10 DÍA 30	No. DE MESES	6			
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	DE 07:00 AM HASTA 05:00 PM
VALOR TOTAL	\$23954000	VALOR MENSUAL	\$3992333	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$1596933			
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, I	CÓDIGO	1841201	SO ARL				
CARGO U OCUPACIÓN	CONTADOR PUBLICO	TAXISTA	SI	NO				
DIRECCIÓN	CL 34 43 31							
DEPARTAMENTO	ATLANTICO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA (DISTRITO)					

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

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. NI	DV	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO
No. DE DOCUMENTO	890102018	1		
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	PRIMER APELLIDO	FERNANDEZ	
No. DE DOCUMENTO	32774806	SEGUNDO APELLIDO	IGLESIAS	
PRIMER NOMBRE	MARIA	SEGUNDO NOMBRE	TERESA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR 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 / 2024-04-25 / 14:39:52

* JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1841201

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



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) Realizar 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** ☒ **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** ☒ **No** ☐

E. Declaro 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:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- 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.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- 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.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BARRANQUILLA (DIS) a los (25) días del mes de abril del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-04-25 / 14:39:52

JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON

Firma del Trabajador Independiente

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **91104053** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 91104053
NOMBRES Y APELLIDOS	JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE EL SERVICIO SUSPENDIDO
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	INCONSISTENCIA EN PAGOS DE COTIZACION OBLIGATORIA
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	08/10/2012
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	782
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 30/04/2024

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91104053**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de abril de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



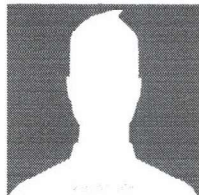
DR LEONARDO AGUILAR GALVIS

NIT: 91106799-3

CONTACTOS

3178702891
aguilarleonardo17@gmail.com
Carrera 15 No. 15 - 39
Socorro (Santander)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: JORGE ALBERTO ARIZA OBREGON

NÚMERO
HIJOS:3

ESTRATO: 3

GÉNERO: Masculino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 91104053

FECHA NACIMIENTO: 25/12/1964

EDAD: 59 año(s) 3 mes(es)
7 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TIPO EXAMEN: Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: CONTADOR

JORNADA TRABAJO: Diurno

FECHA: 01/04/2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

1.1. Remisión a EPS	1.3. Completar esquema vacunación	1.5. Suspender tabaquismo	Ninguna
1.2. Continuar manejo médico	X 1.4. Inicio o continuar actividad física	1.6. Reducir consumo de alcohol	1.7. Control de peso y nutrición
			1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

2.1. Calificación de origen	2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X 2.7. Pausas activas	Ninguna
2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	2.5. Uso de elementos de protección personal	2.8. Uso de corrección visual	2.9. Uso diario de bloqueador solar
2.3. Seguimiento por ARL	2.6. Pautas ergonómicas		2.10. Otros

3. RESTRICCIONES

3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts	3.4. Trabajos en temperaturas bajas	3.7. Trabajo en espacios confinados	X No Aplica
3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts	3.5. Trabajo en temperaturas altas	3.8. Para conducción de vehículos	3.10. Cargas
3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos	3.6. Trabajos con riesgo eléctrico	3.9. Manipulación de alimentos	3.11. Viajes
			3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: ☒ Ingreso ☐ Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Cambio Cargo ☐ Trabajos Especiales

X Concepto Sin Restricciones para el cargo	Sin Restricciones para trabajo eléctrico	Requiere evaluar reubicación laboral	Sin restricción para continuar su labor actual
Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)	Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas	Requiere nueva valoración	Sin diagnóstico de enfermedad laboral
Aplazado	Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados	Satisfactorio	Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
Sin Restricciones para manipulación de alimentos	Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria	Enfermedades de origen común	Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
Sin Restricciones para trabajo en alturas			

5. EXÁMENES REALIZADOS

Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faringeo
X Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	Evaluación Neuropsicológica
Visiometría	Parcial de Orina	Espasmografía	Colinesterasa	Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Examen físico con énfasis osteomuscular, cardio cerebro vascular y de equilibrio dentro de parámetros normales, Examen de ingreso sin restricción, paciente con patología de origen común que no limita la labor, se educa en estilos de vida saludable, Dieta baja en sal, auto cuidado y reporte de condiciones de salud y condiciones de riesgo. Control optometra anual. Afinamiento de tensión arterial.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Leonardo Aguilar Galvis
Esp. S.O. Lic. 024646/2015
Médico y Cirujano, UIS RM 1262/98

PACIENTE:

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1262/98
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 024646/2015

Jorge D. Derzo

