COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **JOSE ANTONIO NAJERA TORRES** identificado con **CC** No. **8726821**, 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:** 08/06/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 28/11/2024 **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): 20240101688803.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de junio de 2024.

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.

20240607030000872682101

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 8726821	PRIMER APELLIDO NAJERA
	SEGUNDO APELLIDO TORRES
PRIMER NOMBRE JOSE	SEGUNDO NOMBRE ANTONIO
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1962 MES 11 DIA 10	SEXO M F / NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL E.P.S. SANITAS S.A.	AFP ACTUAL SIN AFP (PENSIONADOS O NO OBLIG/
DIRECCIÓN RESIDENCIA CL 40 41 134 AP 301	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3106107221	CORREO ELECTRÓNICO JNAJERA.JAN@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

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

* FECHA INICIO AÑO 2024 MES 05 DIA 29	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2024 MES 11 DIA 28 / No. DE MESES 6
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES ● MARTES ● MIERCOLES ● JUEVES ● VIERNES ● SABADO ○ DOMINGO ○	DE 06:00 AM ● PM ○ HASTA 06:00 AM ○ PM ●
VALOR TOTAL $21000000	VALOR MENSUAL $3500000 / * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1400000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES LEGISLATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	CÓDIGO 1841101 TAXISTA SI ○ NO ●
CARGO U OCUPACIÓN CONTRATISTA	
DIRECCIÓN CL 34 43 31 ED	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
DEPARTAMENTO ATLANTICO	

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	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 32774806	PRIMER APELLIDO FERNADEZ
	SEGUNDO APELLIDO IGLESIAS
PRIMER NOMBRE MARIA	SEGUNDO NOMBRE TERESA

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 / 2024-06-07 / 12:03:38

* JOSE ANTONIO NAJERA TORRES
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1841101	1	0,52200

* 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