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.

20240826031116444070O2

## I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| * TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1116444070 | PRIMER APELLIDO MAZUERA |
| | SEGUNDO APELLIDO BUITRAGO |
| PRIMER NOMBRE JHON | SEGUNDO NOMBRE STEVEN |
| * FECHA NACIMIENTO AÑO 1994 MES 10 DIA 14 | SEXO M F | NACIONALIDAD COLOMBIA |
| EPS ACTUAL COOSALUD | AFP ACTUAL PORVENIR |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA CALLE 13 NO 12-55 | |
| DEPARTAMENTO VALLE | MUNICIPIO ZARZAL |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO 3164669340 | CORREO ELECTRÓNICO JHONSTEVENMAZUERA@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 08 DIA 06 | * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2024 MES 12 DIA 31 | 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 $12350000 | VALOR MENSUAL $3087500 | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1300000 |
| * ACTIVIDAD A EJECUTAR OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS E INSTALACIC | CÓDIGO 2812901 |
| CARGO U OCUPACIÓN SERVICIOS GENERALES Y AUXILIAR DE PORTERÍA | TAXISTA SI ○ NO ● |
| DIRECCIÓN CL 4 KR 14 ESQ COLISEO MUNICIPAL | |
| DEPARTAMENTO VALLE | MUNICIPIO ZARZAL |

## 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 891902310 DV 2 | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACION ZARZALEÑA "IMDEREZ" |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 2855201 | 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 CRA 14 ESQUINA | |
| DEPARTAMENTO VALLE | MUNICIPIO ZARZAL |
| TELÉFONO 2208557 FAX | CORREO ELECTRÓNICO IMDEREZ@ZARZAL-VALLE.GOV.CO |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1069759328 | PRIMER APELLIDO LOPEZ / SEGUNDO APELLIDO RINCON |
| PRIMER NOMBRE LUIS | SEGUNDO NOMBRE DAVID |

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 / 2024-08-26 / 16:10:17

* JHON STEVEN MAZUERA BUITRAGO
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 2812901
CLASE DE RIESGO 2
TARIFA 1,04400

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

Autorizado por la Superintendencia Financiera para el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 98 de Diciembre de 1995. Para todos los actos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

# CERTIFICA QUE:

*JHON STEVEN MAZUERA BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.116.444.070, se encuentra* afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Julio del 2024.

Cordialmente,

*Gerencia de Clientes*

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

# COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
## NIT 900.226.715 - 3

## CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Tipo y No. de documento: | CC-1116444070 |
| Nombres: | JHON STEVEN |
| Apellidos: | MAZUERA BUITRAGO |
| No. de Carnet: | 9809D5260CA98145E053020213AC9A64 |
| Tipo de afiliado: | COTIZANTE |
| Fecha de afiliación: | |
| Estado de afiliación: | Activo |
| Régimen: | Contributivo |
| IPS: | |
| Departamento - Municipio: | VALLE-ZARZAL |
| Categoria: | A |

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el Tuesday, July 16, 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el Friday, August 16, 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL