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.**

20240927031010142841O1

## I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| * TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1010142841 | PRIMER APELLIDO SOLANO |
| | SEGUNDO APELLIDO BARLIZA |
| PRIMER NOMBRE GABRIELA | SEGUNDO NOMBRE MARIA |
| * FECHA NACIMIENTO AÑO 2001 MES 04 DÍA 20 | SEXO M ( ) F (X) — NACIONALIDAD COLOMBIA |
| EPS ACTUAL E.P.S. SANITAS S.A. | AFP ACTUAL PORVENIR |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 59 86 136 | |
| DEPARTAMENTO ATLANTICO | MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO) |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO 3168824413 | CORREO ELECTRÓNICO GABYSOLANO2024@GMAIL.COM |

## II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X) — PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

* FECHA INICIO AÑO 2024 MES 09 DÍA 27 — * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO ---- MES -- DÍA -- — No. DE MESES ---

DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO (X) — DE 01:00 AM (X) PM ( ) HASTA 12:00 AM ( ) PM (X)

VALOR TOTAL ---------- — VALOR MENSUAL $2500000 — * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $2500000

* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES JURÍDICAS, INCLUYE EL DE REPRESENTACIÓN D — CÓDIGO 1691001 USO ARL

CARGO U OCUPACIÓN ABOGADOS — TAXISTA SI ( ) NO (X)

DIRECCIÓN ALCALDIA DE BARRANQUILLA

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 899999998 DV 4 | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16) |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1691001 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 KR 59 86 136 | |
| DEPARTAMENTO BOGOTA D.C. | MUNICIPIO BOGOTA D.C. |
| TELÉFONO 3168824413 — FAX | CORREO ELECTRÓNICO AGUERRERO@POSITIVA.GOV.CO |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. / No. DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO |
| | SEGUNDO APELLIDO |
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |

**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 / 2024-09-27 / 14:44:17

* GABRIELA MARIA SOLANO BARLIZA

**FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL**

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1691001
CLASE DE RIESGO: 1
TARIFA: 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

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

# AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
# PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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) ealizar 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** [X] **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** [X] **No** [ ]

E. eclaro 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:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. 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.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. 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.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. 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 (27) días del mes de septiembre del año 2024

Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-09-27 / 14:44:17

GABRIELA MARIA SOLANO BARLIZA
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

GABRIELA MARIA SOLANO BARLIZA
Firma del Trabajador Independiente

# ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES<br>(FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES | Fecha de radicación (aaaa mm dd) | 20240927 |
|---|---|---|
| | Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd) | 20240927 |

## I. TIPO DE TRÁMITE

| Tipo de trámite | Identificación de Peligros [ ] | Novedad [ ] |
|---|---|---|

## I.I NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL

| Tipo de Novedad | | | |
|---|---|---|---|
| | [ ] Por cambio de ocupación u oficio | [ ] Suspensión contrato | [ ] Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral |
| | [ ] Identificación de un nuevo peligro. | [ ] Cambio de datos personales (dirección, teléfono) | |

Fecha de novedad (aaaa mm dd): 20240927

## II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO

| Tipo documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE | SOLANO | BARLIZA | GABRIELA | MARIA |

| Número de documento | Dirección | Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|
| 1010142841 | ALCALDIA DE BARRANQUILLA | BARRANQUILLA (DISTRITO) | ATLANTICO |

| Fecha de nacimiento (dd mm aaaa) | Teléfono | Teléfono móvil | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| 20042001 | | 3004430031 | GABYSOLANO2024@GMAIL.COM |

| Código Ocupacion u Oficio | Clase de riesgo | CIU-08 | Dígitos Adicionales | Nombre de Ocupacion u Oficio a la cual se va a afiliar |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2611 | 01 | ABOGADOS |

| Género | Código EPS | Nombre EPS | Código AFP |
|---|---|---|---|
| [ ] M [X] F | EPS005 | E.P.S. SANITAS S.A. | 230301 |
| | **Código ARL** | **Nombre ARL** | **Nombre AFP** |
| | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | PORVENIR |

## III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

| Dirección | Teléfono | Teléfono celular |
|---|---|---|
| KR 59 86 136 | | 3168824413 |
| **Ciudad** | **Departamento** | |
| BARRANQUILLA (DISTRITO) | ATLANTICO | |

## IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE

| Tipo documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE | SOLANO | SOLANO | DECAR | GABRIEL |

| Número de documento | Dirección | Ciudad | Departamento | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 84005730 | BR CENTRO | BARRANCAS | LA GUAJIRA | 3005938021 |

## V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x unicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)

### V.I PELIGROS FÍSICOS

| ENERGÍA MECÁNICA | ENERGÍA TÉRMICA | ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA |
|---|---|---|
| [ ] RUIDO | [ ] TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO | [ ] RADIACIONES NO IONIZANTES |
| [ ] VIBRACIÓN | [ ] TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR | [ ] RADIACIONES IONIZANTES |
| [ ] PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS | | |

### V.II PELIGROS QUIMICOS

| AGREGADOS MOLECULARES | MOLECULARES |
|---|---|
| [ ] AEROSOLES SÓLIDOS: Fibras polvos y humos [ ] AEROSOLES LÍQUIDOS: Nieblas | [ ] GASES: Orgánicos o Inorgánicos [ ] VAPORES |

### V.III PELIGROS BIOLOGICOS

| MICROORGANISMOS | ARTRÓPODOS | ANIMALES | |
|---|---|---|---|
| [ ] VIRUS [ ] RICKETTSIAS | [ ] CRUSTÁCEOS [ ] ROEDORES | [ ] INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos | [ ] VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas |
| [ ] BACTERIAS [ ] HONGOS | [ ] ARÁCNIDOS | [ ] VERTEBRADOS | |

### V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS

| CARGA FÍSICA | DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO |
|---|---|
| [X] ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales. | [X] PLANOS DE TRABAJO INADECUADO |
| [ ] DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, Inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos. | [X] ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO |

### V.V PELIGROS DE SEGURIDAD

| FISICO -QUIMICO | ELÉCTRICO | MECÁNICOS | LOCATIVOS |
|---|---|---|---|
| [ ] INCENDIO | [ ] ALTA TENSIÓN ( > 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios) | [ ] MAQUINAS Y EQUIPOS | [ ] TRABAJO EN ALTURAS |
| [ ] EXPLOSIÓN | [ ] MEDIA TENSIÓN (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios) | [ ] HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos) | [X] ORDEN Y ASEO |
| [ ] FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS | [ ] BAJA TENSIÓN (= 25 Voltios A <= 1000 voltios) | [ ] MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc) | [X] ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento) |
| [ ] REACCIONES QUÍMICAS | [ ] EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución) | [ ] EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN ( líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc) | [X] DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo) |
| | [ ] TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución) | | [X] INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc) |
| | [ ] INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución) | | |

| V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES | V.VII PELIGROS PÚBLICOS |
|---|---|
| [X] TERREMOTOS | [X] HURTO |
| [ ] INUNDACIONES | [ ] MANIFESTACIÓN |
| [ ] AVALANCHAS | [ ] TERRORISMO |
| [ ] ERUPCIÓN VOLCÁNICA | [ ] EXTORSIÓN Y BOLETEO |
| [ ] TORMENTAS | [ ] SECUESTRO |

| V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MARQUE CON UNA X | SI | NO | MARQUE CON UNA X | SI | NO |
| CONDICIONES INTRALABORALES | | | CONDICIONES EXTRALABORALES | | |
| Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea | X | | El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado | X | |
| Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas | X | | Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo | X | |
| El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga | X | | La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas | X | |
| Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo | X | | El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo | X | |
| La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva | X | | | | |
| Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso | X | | | | |
| El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente | X | | | | |
| Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria | X | | | | |
| CONTROL | SI | NO | | SI | NO |
| El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos | X | | El esfuerzo realizado no corresponde con el salario | X | |

**CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.**

| | |
|---|---|
| Formulario Firmado Electrónicamente / 2024-09-27 / 14:44:17<br><br>GABRIELA MARIA SOLANO BARLIZA | |
| Firma del Trabajador | Firma del Funcionario de la ARL |