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.

20200618030053907315O1

## I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| * TIPO DOC. M D **C** T E P | PRIMER APELLIDO PEREZ |
| * No. DE DOCUMENTO 53907315 | SEGUNDO APELLIDO PARRA |
| PRIMER NOMBRE BEATRIZ | SEGUNDO NOMBRE HELENA |
| * FECHA NACIMIENTO AÑO 1985 MES 01 DIA 08 | SEXO M F ● NACIONALIDAD COLOMBIANA |
| EPS ACTUAL SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.S | AFP ACTUAL PORVENIR |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA CARRERA 20 125 46 | |
| DEPARTAMENTO BOGOTA D.C. | MUNICIPIO BOGOTA D.C. |
| CELULAR O TELÉFONO FIJO 3102620818 | CORREO ELECTRÓNICO ARQ.BEATRIZPEREZ@GMAIL.COM |

## II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| * FECHA INICIO | AÑO 2020 | MES 06 | DIA 19 | * FECHA DE TERMINACIÓN | AÑO 2020 | MES 12 | DIA 19 | No. DE MESES | 6 | | |

DIAS Y HORARIO DE TRABAJO: LUNES ● MARTES ● MIERCOLES ● JUEVES ● VIERNES ● SABADO ○ DOMINGO ○ DE 06:00 AM ● PM ○ HASTA 06:00 AM ○ PM ●

| | | |
|---|---|---|
| VALOR TOTAL $33.000.000 | VALOR MENSUAL $5.500.000 | * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $2.200.000 |

| | |
|---|---|
| * ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA AD | CÓDIGO 1751201 |
| CARGO U OCUPACIÓN ARQUITECTOS Y URBANISTAS | TAXISTA SI ○ NO ● |
| DIRECCIÓN KR 31D 4 05 | |
| 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. M D C **N** T E P | |
| * No. DE DOCUMENTO 899999061 DV 9 | * NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO |
| CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1751201 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 31D 4 05 | |
| DEPARTAMENTO BOGOTA D.C. | MUNICIPIO BOGOTA D.C. |
| TELÉFONO 3648460 FAX | CORREO ELECTRÓNICO MARTHA.ALMARIO@GOBIERNOBOGO |
| * DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. M D **C** T E P | PRIMER APELLIDO MARTINEZ |
| * No. DE DOCUMENTO 1033701435 | SEGUNDO APELLIDO SEGURA |
| PRIMER NOMBRE EDUAR | 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

Beatriz Helena Perez Parra.

* FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 1751201

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Autorizado por la Superintendencia Financiera con oficio el fin de seguros de Riesgos Laborales No. 3197 del 08 de diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales