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.

20200814030003234188O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (M D C T E P): C	PRIMER APELLIDO: PEREZ
* No. DE DOCUMENTO: 3234188	SEGUNDO APELLIDO: MEDINA
PRIMER NOMBRE: RIGOBERTO	SEGUNDO NOMBRE:
* FECHA NACIMIENTO AÑO: 1963 MES: 04 DÍA: 17	SEXO M: F:	NACIONALIDAD: COLOMBIANA
EPS ACTUAL: COMPENSAR E.P.S.	AFP ACTUAL: COLPENSIONES ADMINISTRADORA C
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CL 130C BIS 106 50	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 6595151	CORREO ELECTRÓNICO: JAMAICA715@HOTMAIL.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: 08	DÍA: 14	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO: 2020	MES: 09	DÍA: 13						No. DE MESES: 1
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	DE 09:00	AM	HASTA 03:00	AM
									PM		PM
VALOR TOTAL: $2.310.000			VALOR MENSUAL: $2.310.000					* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $924.000			
* ACTIVIDAD A EJECUTAR: EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y OTRAS								CÓDIGO: 3924102			
CARGO U OCUPACIÓN: DOCENTE								TAXISTA SI NO			
DIRECCIÓN: CL 63 59 A											
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 No. DE DOCUMENTO: 860061099 DV: 1 — TIPO DOC. (M D C N T E P): N	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 1924101	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: CRA 69ª NO 36 51 SUR	
DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.	MUNICIPIO: BOGOTA D.C.
TELÉFONO: 7654321 — FAX:	CORREO ELECTRÓNICO: CAROL.RINCON@IDRD.GOV.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO No. DE DOCUMENTO: 79641497 — TIPO DOC. (M D C T E P): C	PRIMER APELLIDO: MONROY
	SEGUNDO APELLIDO: HERNANDEZ
PRIMER NOMBRE: MARIO	SEGUNDO NOMBRE: GIOVANNI

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

* _____
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
3924102	3	2,43600

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

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

Rev. Noviembre/ 2019