Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA 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, **SEBASTIAN JOSE GARCIA VALENCIA** identificado con **CC** No. **8755603**, 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:** 12/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 01/11/2025 **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): 202501016122486.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de junio de 2025.

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 deees continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transeccional y registre la novedad respectiva.

20250611030000875560301

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 8755603	PRIMER APELLIDO GARCIA
	SEGUNDO APELLIDO VALENCIA
PRIMER NOMBRE SEBASTIAN	SEGUNDO NOMBRE JOSE
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1955 MES 11 DIA 10 — SEXO M F	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL NUEVA EPS	AFP ACTUAL SIN AFP (PENSIONADOS O NO OBLIG/
DIRECCIÓN RESIDENCIA KR 13 24 80 42 LAS NIEVES	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3156755096	CORREO ELECTRÓNICO SEBASTIANJOSEGARCIAV@HOTMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

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

* FECHA INICIO AÑO 2025 MES 05 DIA 01 — * FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2025 MES 11 DIA 01	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 $1423500
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES JURÍDICAS, INCLUYE EL DE REPRESENTACIÓN D	CÓDIGO 1691001 (50 ARL)
CARGO U OCUPACIÓN CONTRATISTA	TAXISTA SI ○ NO ●
DIRECCIÓN CL 34 43 31	
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 890102018 DV 1	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ALCALDIA DE BARRANQUILLA, DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1841201 (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 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 72136235	PRIMER APELLIDO CHAR / SEGUNDO APELLIDO CHALJUB
PRIMER NOMBRE ALEJANDRO	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 / 2025-06-11 / 12:22:38

* SEBASTIAN JOSE GARCIA VALENCIA
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1691001	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 98 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