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.

20201105030028721924O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. M D C T E P
* No. DE DOCUMENTO 28721924
PRIMER APELLIDO RETALLACK
SEGUNDO APELLIDO DE GIRALDO
PRIMER NOMBRE ANA
SEGUNDO NOMBRE DARLEY
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1960 MES 06 DIA 30
SEXO M F
NACIONALIDAD COLOMBIANA
EPS ACTUAL E.P.S. FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COI
AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA CRR 101 N 150 A 60 CASA 15
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.
MUNICIPIO BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3008941740
CORREO ELECTRÓNICO ANADARLEY@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 11 DIA 05
* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO 2020 MES 12 DIA 31
No. DE MESES 1
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO DE 06:00 AM PM HASTA 06:00 AM PM
VALOR TOTAL $7.840.000
VALOR MENSUAL $7.840.000
* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $3.136.000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ORGANIZACIONES
CÓDIGO 1911201
CARGO U OCUPACIÓN PSICOLOGOS
TAXISTA SI NO
DIRECCIÓN KR 91 145A 32
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 GENERAL DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA DC SGAM
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1751201
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 8 # 10-65
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.
MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 7654321
FAX
CORREO ELECTRÓNICO EEJARAMILLO@ALCALDIABOGOTA.GC
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. M D C T E P
* No. DE DOCUMENTO 1032437150
PRIMER APELLIDO MORENO
SEGUNDO APELLIDO BARON
PRIMER NOMBRE JULIAN
SEGUNDO NOMBRE ANDRES

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,

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 1911201
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