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.

20251022030055226168O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO RIVERA
No. DE DOCUMENTO 55226168	SEGUNDO APELLIDO GUTIERREZ
PRIMER NOMBRE KELLY	SEGUNDO NOMBRE JOHANA
* FECHA DE NACIMIENTO A 1983 M 12 D 14	SEXO M ( ) F ( )
NACIONALIDAD COLOMBIA	
EPS ACTUAL SUSALUD - SURA - SURAMERICANA E.P.S	AFP ACTUAL PROTECCION
DIRECCIÓN RESIDENCIA CL 76C 12B 69	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO SOLEDAD
TELÉFONO FIJO 3014895490	CELULAR O CORREO ELECTRÓNICO JUCEKEL@HOTMAIL.COM

El texto del párrafo

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

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

* AFECHA DE INICIO A 2025 M 10 D 21	* FECHA DE TERMINACIÓN A 2025 M 12 D 20
No. DE MESES 2	
DÍAS LABORADOS EN LA SEMANA LUNES ( ) MARTES ( ) MIERCOLES ( ) JUEVES ( ) VIERNES ( ) SABADO ( ) DOMINGO ( )	DE 06:00 AM ( ) PM ( ) HASTA 06:00 AM ( ) PM ( )
VALOR MENSUAL DE TRABAJO $8000000	VALOR MENSUAL $4800.000
* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1600.000	
* ACTIVIDAD A EJECUTAR ACTIVIDADES JURÍDICAS, INCLUYE EL DE REPRESENTACIÓN D	CÓDIGO 1691001
CARGO U OCUPACIÓN ABOGADOS	TAXISTA SI ( ) NO ( )
DIRECCIÓN CL 34 43 31	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)

III. INFORMACIONDELCONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOL

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL ALCALDIA DEBARRANQUILLA,DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO
No. DE DOCUMENTO 890102018 DV 1	
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 CALLE 34 # 43 - 31 PISO 3	
DEPARTAMENTO ATLANTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA (DISTRITO)
TELÉFONO 3415201 FAX	CORREO ELECTRÓNICO SALUDOCUPACIONAL@BARRANQUILL

* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC	
No. DE DOCUMENTO 32766071	PRIMER APELLIDO PEDROZO
	SEGUNDO APELLIDO PEÑA
PRIMER NOMBRE ELANIA	SEGUNDO NOMBRE SAURA

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 / 2025-10-22 / 14:00:20

* KELLY JOHANA RIVERA GUTIERREZ

FIRMA DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DELA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 1691001

CLASE DE RIESGO 1691001

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
DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADORINDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de SegurosS.A. (la"Compañía")me hainformado queelAviso 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 y reembolso de siniestros y la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, 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

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 información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos capacitaciones, seminarios, talleres y/o gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados, (j) Enviar 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 de los clientes y/o sus beneficiarios legales y/o reales, así como a las pólizas de la Compañía; (o) El ejercicio de cobro y/o actualización de los sistemas y/o administración de sistemas; (p) 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; (q) El ejercicio de cobro y/o actualización de los sistemas y/o protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (r) Adelantar campañas de actualización de datos; (s) El envío de las

modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas au iento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Co troladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Trata 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, en, 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** ☐ **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 clín 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 on voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, repo var, 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 f o 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 SOLEDAD a los (22) días del mes de octubre del año 2025

Formulario Firmado Electrónicamente / 2025-10-22 / 14:00:20

KELLY JOHANA RIVERA GUTIERREZ
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

KELLY JOHANA RIVERA GUTIERREZ
Firma del Trabajador Independiente