

En cumplimiento del Decreto 723 de 2013, y la Ley 1562 de 2012, que regulan lo concerniente a afiliaciones y pagos en materia de riesgos laborales – ARL, me permito informar lo siguiente:

El artículo 4 del Decreto 723 de 2013 establece que *“Las personas a las que se les aplica el presente decreto, para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, tienen el derecho a la libre escogencia de su Administradora de Riesgos Laborales, debiendo afiliarse a una sola.”* motivo por el cual nos permitimos informarle que este documento que va a diligenciar es para el proceso de Afiliación a Riesgos Laborales con la Administradora **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A** si es de su escogencia amparar el riesgo de la ejecución del contrato que suscribe; si usted decide afiliarse con otra Administradora de Riesgos Laborales, le solicitamos remitir al área la respectiva constancia de afiliación en un término no mayor a cinco (5) días hábiles.

DATOS GENERALES

Por favor diligenciar en su totalidad, con letra legible y numeración clara los apartados a relacionar so pena de no tramitar en efectiva forma el proceso de afiliación:

FECHA EN QUE ENTREGA	01/01/2026
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	ALBERTO MARIO OROZCO RAVELO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1140872699
FECHA DE NACIMIENTO	03/11/1994
DEPARTAMENTO Y CIUDAD DE NACIMIENTO	ATLÁNTICO, BARRANQUILLA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 64 No. 4 A - 18
TELÉFONO	3153066609
ENTIDAD COTIZANTE EN SALUD	SURA EPS
ENTIDAD COTIZANTE EN PENSIONES	COLPENSIONES
RIESGO LABORAL	I (X) II () III () IV () V () Si no cuenta con la información del Tipo de Riesgo Registrado, se autoriza retirar el formato y remitirse al área solicitante del proceso de contratación para que le informen según su centro de trabajo que clase de riesgo es.
CORREO ELECTRÓNICO	abolcra@gmail.com
ÁREA DE DESEMPEÑO	DESPACHO
FIRMA DEL CONTRATISTA O VINCULADO	