DATOS DEL CONTRATISTA	
Cédula de ciudadanía	**KEVIN OSWALDO**
Apellidos y Nombres	**LEIVA QUIMBAYO**
Dirección de residencia	**CALLE 7ª BIS 78H 95**
Teléfono	**3008995670**
Fecha de Nacimiento	**15/12/1994**
Lugar de Nacimiento	**BOGOTÁ D.C**
Estado Civil	**SOLTERO**
Empresa Prestadora de Salud	**SANITAS**
Empresa Prestadora de Pensión	**PORVENIR**
Correo Electrónico	**LEIVAQUIMBAYOKEVIN@GMAIL.COM**
Ciudad y Departamento donde realizará la prestación del servicio	**BOGOTÁ DC**
Profesión	**ABOGADO**
Valor Total del contrato	**$47.954.400**
Fecha de inicio del contrato	**15 de abril 2026**
Fecha de terminación del contrato (vigencia)	**20 de sep de 2026**

Manifiesto que, deseo afiliarme a la Administradora de Riesgos laborales, con la que cuenta la Entidad, esto es ARL POSITIVA S.A

Atentamente,

Firma: *KEVIN LEIVA*

C.C.: 1010218952
Fecha: 18 de marzo de 2026

Ciudad: BOGOTÁ D,C