**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. - 860011153**

HACE CONSTAR QUE

La empresa **SAGA CONSULTING AND INVESTMENT SAS** identificada con tipo y número de documento **NI 901269444** registra afiliación **ACTIVA** a POSITIVA en el ramo de Riesgos Laborales desde el **29/05/2021**, con actividad económica principal código **1711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA CONSULTORIA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS)** y clase de riesgo **1.**

La información consultada en las bases de datos de la aseguradora para la generación de la constancia es desde el **11/02/2026 17:16** y sus últimos **1** años o fracción para los eventos de **Accidente de Trabajo.**

A continuación, se relaciona únicamente los ítems por cada vigenica donde la empresa reportó eventos a la Administradora de Riesgos Laborales.

| INFORMACIÓN DETALLADA CONSTANCIA | AÑO |
|---|---|
| Número promedio de trabajadores afiliados a riesgos laborales | |
| **Accidentes de Trabajo** | |
| La empresa para el periodo consultado no reporta ningún evento a la ARL | |

**Formato hora:** 24 horas
**ARL:** Administradora de Riesgos Laborales
**AT:** Accidente de Trabajo
**Fecha Reporte:** Corresponde al DD/MM/AAAA en la cual se realizó el aviso oficial del evento a POSITIVA
**AT MORTAL:** Accidente de Trabajo con muerte del trabajador
**EL:** Enfermedad Laboral
**EL MORTAL:** Enfermedad Laboral con muerte del trabajador
**IT:** Incapacidad Temporal
**Fecha de Radicación IT:** Corresponde a DD/MM/AAAA en la cual se realizó presentación de la documentación de la IT a POSITIVA
**IPP:** Incapacidad Permanente Parcial
**PI:** Pensión de Invalidez
**PS:** Pensión de Sobrevivientes
**SP:** Sustitución Pensional

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Fecha de Expedición: **11/02/2026 05: 16**

La autenticidad de este documento electrónico puede ser verificado dando click en el siguiente enlace: (https://alissta.gov.co/CRiesgosLaborales/VCEnl?token=ExL1sKwA+ZmjCK4ZL8VTEXq+bieQN7bAehpe2sJaO6k=)

Para verificación de Positiva