DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO PARA LA AFILIACIÓN DE CONTRATISTAS A LA ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

**Esta información es de obligatorio diligenciamiento.*

A continuación, se indica la determinación del nivel del riesgo por parte del área responsable de la necesidad, por lo tanto, es exclusivo para diligenciamiento del área responsable y/o supervisor:

INFORMACIÓN PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA OFICINA GESTORA		
LUGAR EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	Dirección	**CARRERA 69 No. 25 B – 44 PISOS 3°, 4° Y 7°**
	Departamento, Ciudad	**BOGOTÁ D.C.**

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO				
CLASE DE RIESGO	**ACTIVIDAD ECONÓMICA**	**COD. DECRETO 768 DE 2022**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**MARQUE CON UNA SOLA X***
RIESGO I – II - III	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y locales	1841201	Para contratistas que desarrollan actividades de carácter **administrativo** dentro de alguna de las sedes de la entidad.	**X**
RIESGO IV	Transporte de pasajeros, incluye alquiler o arrendamiento de vehículos de pasajeros con conductor	4492201	para contratistas que desarrollan actividades de **conducción y transporte** en la entidad.	
RIESGO V	Manipulación de carga, incluye el cargue y/o el descargue de embarcaciones, aéreas, marítimas y/o fluviales, actividades de estiba y desestiba	5522401	para contratistas que desarrollan actividades misionales y se encuentran expuestos a riesgos en áreas de **cargue y/o descargue de embarcaciones, aéreos, marítimas y/o fluviales**	
DEPENDENCIA SOLICITANTE		**DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE DEL SUBSIDIO FAMILIAR**		
JEFE DE LA OFICINA GESTORA		**EDNA MARIA TAFUR MEJIA**		
FIRMA				

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO PARA LA AFILIACIÓN DE CONTRATISTAS A LA ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

TÍPO DE TRÁMITE*	Afiliación ARL (INGRESO)			**X**
	Cambio de clase (Novedades / Nivel de riesgo / Lugar de ejecución de actividades)			
DATOS DEL CONTRATISTA				
NOMBRE COMPLETO*	Primer apellido	**CASTELLANOS**		
	Segundo apellido	**VILLOTA**		
	Primer nombre	**ANGIE**		
	Segundo nombre	**CAROLINA**		
TIPO DE DOCUMENTO*	C.C.	**X**		
	C.E.			
NÚMERO DE DOCUMENTO*	**1006947587**			
GÉNERO*	**Femenino**	**X**	**Masculino**	
	Otro			
FECHA DE NACIMIENTO*	21-06-2002			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA*	CARRERA 8 N 189 A- 24			
	Ciudad	**BOGOTÁ**		
TELÉFONO DE CONTACTO*	3170631384			
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL*	**CAROLINACASTELLANOS2121@GMAIL.COM**			
INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL *	**EMPRESA PRESTADORA DE SALUD - EPS**		FAMISANAR	
	FONDO DE PENSIONES - AFP		PROTECCIÓN	
	ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES - ARL		POSITIVA	
FIRMA*				

SUPERSUBSIDIO
Dirección: Carrera 69 No. 25B - 44. Pisos 3, 4 y 7
Edificio World Business Port
Conmutador: (+57) (601) 348 78 00
Línea Gratuita: (+57) 018000 910 110
Correo institucional: ssf@ssf.gov.co