



POSITIVA
COMPAÑÍA 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.

2021030503006350074401

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. ☒ M ☐ D ☐ C ☐ T ☐ E ☐ P	PRIMER APELLIDO	JOYA
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	CESPEDES
63500744		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
KAROLINA		
* FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
AÑO 1973 MES 07 DÍA 20	M ☐ F ☒	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	
NUEVA EPS	COLPENSIONES ADMINISTRADORA C	
DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CL 32B 34A 37 ALDEA ALTA GIRON		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
SANTANDER	GIRON	
CELULAR O TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	
3152973345	CAROLINA-JOYA@HOTMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO ☒ COMERCIAL ☐ CIVIL ☐ PÚBLICO ☒ PRIVADO ☐	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI ☐ NO ☒
* FECHA INICIO	* FECHA DE TERMINACIÓN	No. DE MESES	
AÑO 2021 MES 03 DÍA 08	AÑO 2021 MES 11 DÍA 06	7	
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	DE 08:00 AM	HASTA 06:00 PM	
LUNES ☒ MARTES ☐ MIERCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES ☐ SABADO ☐ DOMINGO ☐			
VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	
\$21252000	\$3036000	\$1214400	
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	CÓDIGO	ISO ARL	
ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN EL SERVICIO DE EDUCACIÓN	1804501		
CARGO U OCUPACIÓN	TAXISTA	SI ☐ NO ☒	
INSTRUCTOR			
DIRECCIÓN			
CL 16 27 37			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		
SANTANDER	BUCARAMANGA		

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. ☒ M ☐ D ☐ C ☐ N ☐ T ☐ E ☐ P	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
No. DE DOCUMENTO	DV	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
8999999034	1	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	1806001	DE ARL
CENTRO DE TRABAJO		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		
CLL 16 NUMERO 27-37		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
SANTANDER	BUCARAMANGA	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
7654321		ACCIDENTALIDADSSST@SENA.EDU.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO	TIPO DOC. ☐ M ☐ D ☒ C ☐ T ☐ E ☐ P	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO		RODRIGUEZ
41786707		SEGUNDO APELLIDO
		MARTINEZ
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
CELIA	PATRICIA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR 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 VERDÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Carolef

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1804501

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso 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) Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (f) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (g) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (h) 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; (i) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (j) 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; (k) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (l) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (m) 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; (n) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (o) Adelantar campañas de actualización de datos; (p) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las 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, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, 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 clínica, patologías reconocidas, calificación de origen 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 anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, 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 fines distintos a los informados y que en todo 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** ☒ **No** ☐

E. Declaro 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:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- 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.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- 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.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de GIRON a los (05) días del mes de MARZO del año 21

KAROLINA JOYA CESPEDES

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente