



ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE NOVEDAD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN
DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE
A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

STICKER DE RADICACIÓN

TRÁMITE	TIPO DE VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMÉSTICO
<input checked="" type="checkbox"/> AFILIACIÓN	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> APRENDIZ SEÑA
<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> OTRO



I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV
32.541.324	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL MARGARITA MARIA PUERTA ROJAS

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR	
* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV
30329865	PRIMER APELLIDO GIRALDO
	SEGUNDO APELLIDO MONTAÑA
PRIMER NOMBRE FERNANDO	SEGUNDO NOMBRE DE JESÚS
* FECHA NACIMIENTO 1984 : 06 : 12	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
SALARIO 644.350	NACIONALIDAD COLOMBIANO
EPS ACTUAL LA NUEVA EPS	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN VEREDA TAFETANES	MUNICIPIO SAN JERONIMO
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	RESIDENCIA
CELULAR O TELEFONO Fijo 3107706632	CORREO ELECTRÓNICO ppiuscao@gmail.com
OCCUPACIÓN CARGO ACTUAL OFICIOS VARIOS	TELETRABAJADOR <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

III. INFORMACIÓN CENTRO DE TRABAJO	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 2749201	DEPARTAMENTO ANTIOQUIA
MUNICIPIO SAN JERONIMO	TELÉFONO 8584237
DIRECCIÓN URBANIZACIÓN LAS PALMERAS CASA 57	

IV. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)	
1. TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
No. DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero permanente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos inválidos <input type="checkbox"/> Hijos inválidos <input type="checkbox"/>
2. TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
No. DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero permanente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos inválidos <input type="checkbox"/> Hijos inválidos <input type="checkbox"/>
3. TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
No. DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO
	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero permanente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos inválidos <input type="checkbox"/> Hijos inválidos <input type="checkbox"/>

EL CONTENIDO DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LOS SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR DEPENDIENTE Y A LA ACTIVIDAD LABORAL QUE VA A DESARROLLAR

NOMBRE: Margarita M. Puerta R.
C.C.: 32541324
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

Fernando G
FIRMA DEL TRABAJADOR

* LA ENMENDADURA, TACHÓN O FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON ASTERISCO GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN.

OPCIONES: -TRAFICO- Junio - 2014 SF. 31002