



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

STICKER DE RADICACIÓN

ÁREA PARA STICKER

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE
A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

TRÁMITE	TIPO DE ACTUALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN	<input type="checkbox"/> DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE
<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL CONTRATO <input type="checkbox"/> PRÓRROGA DEL CONTRATO
	<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE O EMPRESA TRANSPORTADORA

SEÑOR CONTRATANTE Y CONTRATISTA
Recuerde que en caso de renovación una vez cumplida la fecha de terminación del contrato debe realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en riesgos laborales.

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	PRIMER APELLIDO	
		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
* FECHA NACIMIENTO AÑO MES DÍA	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD	
EPS ACTUAL		AFP ACTUAL	
DIRECCIÓN RESIDENCIA			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
CELULAR O TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE POR PARTE DEL CONTRATANTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
* FECHA INICIO DEL CONTRATO AÑO MES DÍA	FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO AÑO MES DÍA	No. DE MESES DEL CONTRATO
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIERCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SABADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>	DE AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	HASTA AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VALOR MENSUAL DEL CONTRATO	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	TAXISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO USO ARL
DIRECCIÓN		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO

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

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO	USO DE ARL
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	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
TELÉFONO	FAX
CORREO ELECTRÓNICO	
* DATOS DE QUIEN FIRMA EL CONTRATO TIPO DOC. <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CLASE DE RIESGO TARIFA

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

FIRMA DEL CONTRATANTE
Esta firma no se requiere cuando el contrato sea de arrendamiento

OFIXPRES S.A.S. NIT 900.156.826-1 TEL 743 1600

Rev. Junio/ 2014

- TRAFICO -



FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Diligencie el formulario en letra imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros. Los campos marcados con asterisco (*) no admiten correcciones.

Marque con una (X) la casilla que corresponda así: si es afiliación o actualización marque

NOVEDAD

- Afiliación
- Actualización

En caso de que sea una actualización marque con una (x) el tipo de novedad

- Datos Generales del Trabajador independiente
- Información del contrato
- Información del contratante o empresa transportadora
- Prórroga del contrato

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

- **TIPO Y No. DOCUMENTO:** Llene la casilla que corresponda así: C si es cédula de ciudadanía, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte.
- **PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRES:** Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido y conforme figura en el documento de identidad.
- **FECHA NACIMIENTO:** Escriba en números arábigos la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día. De acuerdo con el documento de identidad.
- **SEXO:** Llene la casilla correspondiente M = masculino o F = femenino.
- **NACIONALIDAD:** Escriba el país de origen.
- **EPS ACTUAL:** Escriba la Empresa Promotora de Salud en la que se encuentra afiliado.
- **AFP ACTUAL:** Escriba la Administradora de Fondo de Pensiones en la que se encuentra afiliado.
- **DIRECCIÓN RESIDENCIA:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **MUNICIPIO:** Escriba el nombre de la ciudad / municipio donde reside.
- **DEPARTAMENTO:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **CELULAR O TELÉFONO FIJO:** Escriba en esta casilla el número celular o en su defecto el teléfono fijo.
- **CORREO ELECTRÓNICO:** Escriba el correo electrónico personal.

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATO:

- **TIPO DE CONTRATO:** Marque si es un contrato Administrativo, Comercial o Civil.
- **PUBLICO O PRIVADO:** Marque si el contrato lo realiza con una Empresa Pública o Privada.
- **SUMINISTRO DE TRANSPORTE POR PARTE DEL CONTRATANTE:** Marque según corresponda si el contratante le suministra transporte.
- **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:** Escriba el año, mes y día de la iniciación del contrato
- **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** Escriba el año, mes y día de la terminación del contrato.
- **HORARIO DE TRABAJO:** Escriba el horario en el que va realizar la actividad en días y horas. (No genera vínculo laboral)
- **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** Escriba el valor total del contrato.
- **VALOR MENSUAL DEL CONTRATO:** Escriba el valor mensual del contrato, obtenido de la división del valor total por el número de meses de vigencia del mismo.

- **INGRESO BASE DE COTIZACIÓN:** Escriba el valor del ingreso real aplicando todas las deducciones previstas en el artículo 107 del Estatuto Tributario, o si no se estima procedente efectuar deducciones, el ingreso base de cotización podrá corresponder mínimo al 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados sin ser inferior a un (1) SMMLV, ni superior a los veinticinco (25) SMMLV.
- **ACTIVIDAD A EJECUTAR:** Escriba la actividad o labor que va a realizar.
- **TAXISTA:** Marcar si o no según corresponda.
En caso de responder si, registre el tipo, número y razón social de la empresa transportadora a la que pertenece el vehículo
- **CÓDIGO:** Escriba el código de la actividad económica según la tabla de actividades establecidas en el decreto 1607 del 2002(Uso ARL)
- **DIRECCIÓN:** Escriba la Dirección donde está ubicado el Centro de trabajo.
- **MUNICIPIO:** Escriba el nombre de la ciudad / municipio del centro de trabajo.
- **DEPARTAMENTO:** Escriba el nombre del departamento del centro de trabajo.

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE O EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas)

- **ENTIDAD CONTRATANTE:** Corresponde a la información de la persona o entidad contratante.
- **TIPO Y No. DE DOCUMENTO:** Llene la casilla que corresponde así: C si es cédula de ciudadanía, N si es Número de Identificación Tributaria, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte, escriba en las casillas el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.
- **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:** Escriba el nombre de la persona o entidad contratante.
- **CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO**
Escriba el código de la actividad económica del centro de trabajo de la empresa contratante
NOTA: La clasificación del riesgo se determina con el mayor entre la clase de riesgo del centro trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista (Art. 11 Dec 723/13)
- **DIRECCIÓN PRINCIPAL:** Escriba la dirección principal del contratante
- **DEPARTAMENTO:** Escriba el nombre del departamento del contratante.
- **MUNICIPIO:** Escriba el nombre de la ciudad / municipio del contratante.
- **TELÉFONO:** Escriba en esta casilla el número telefónico del contratante.
- **CORREO ELECTRÓNICO:** Escriba el correo electrónico del contratante.

DATOS REPRESENTANTE LEGAL:

- **TIPO Y No. DOCUMENTO:** Llene la casilla que corresponda así: C si es cédula de ciudadanía, T si es tarjeta de identidad, E si es cédula de extranjería o carnet diplomático y P si es pasaporte del representante legal.
- **PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO Y NOMBRES:** Escriba el primer apellido, segundo apellido y nombres, según el orden establecido del representante legal.

FIRMAS:

- **FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE:** Firma del trabajador Independiente
- **FIRMA DEL CONTRATANTE:** Firma del contratante.
Esta firma no se requiere cuando el contrato sea de arrendamiento

Para consultas adicionales comuníquese a la línea 018000 111170 desde Cualquier lugar del país sin costo alguno, en Bogotá 330 7000 y en nuestra página de internet www.positiva.gov.co

**POR FAVOR ANEXAR
PARA SU RADICACIÓN**

- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
- AFILIACIÓN Y/O ULTIMO PAGO DE E.P.S. Y A.F.P.
- LA RADICACIÓN IMPLICA LA PREVIA VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS POR PARTE DE LA ARL.



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



1. Por medio del presente documento, otorgo mi consentimiento previo, expreso, e informado, a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva"), sus autorizadas, filiales y subordinadas, en caso de tenerlas, para que recolecte, almacene, use, procese, transmita o transfiera (el "Tratamiento") la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), incluyendo pero sin limitarse a los datos o información personal no pública y/o los datos sensibles relativos a mi salud, tales como historias clínicas, dictámenes médicos, declaraciones de asegurabilidad, hábitos, antecedentes personales, antecedentes gineco-obstétricos y cualquier otra información que sea relevante para determinar mi estado de salud (los "Datos Sensibles").

2. Declaro que he sido informado que el Tratamiento de mis Datos Personales se ajustará a la Política de Tratamiento de la Información de Positiva, la cual conozco, entiendo y sé que puedo consultar en:
<https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

3. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que los Datos Sensibles voluntariamente suministrados a Positiva para su Tratamiento, han sido recolectados y serán tratados únicamente para el cumplimiento de los deberes legales que le asisten a la Compañía para el desarrollo de su objeto social y que exigen la recolección de mis Datos Sensibles.

4. Esta autorización la otorgo para cualquier Tratamiento de mis Datos Personales que se traten ahora o en el futuro y para mis Datos Personales que hubieran sido tratados por Positiva en el pasado, situación que se entiende ratificada por medio del presente documento.

5. Autorizo para que Positiva lleve a cabo el Tratamiento de los Datos Personales para el cumplimiento de todas o algunas de las siguientes finalidades, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva:

a. El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a Positiva, 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 Positiva.

b. Envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la Administración de Riesgos Laborales de Positiva 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.

c. Realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de Positiva, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo pero sin limitarse a la consulta de los antecedentes de salud del asegurado y a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro.

d. El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro.

e. Prestar los servicios de Positiva de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes.

f. Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados.

g. Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la Administración de Riesgos Laborales que realicen los clientes de Positiva, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes.

h. Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros.

i. 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.

j. Complementar la información y en general, adelantar las actividades necesarias para gestionar las solicitudes, quejas y reclamos presentadas por los clientes de Positiva y por terceros, y direccionarlas a las áreas responsables de emitir las respuestas correspondientes.

k. Elaborar estudios técnico-actuariales, 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 Positiva.

l. Enviar información y ofertas comerciales de productos de Positiva, así como realizar actividades de mercadeo y/o comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer Positiva.

m. La segmentación de clientes e intermediarios con el fin de hacerlos partícipes de los diferentes programas de capacitación, de beneficios y demás valores agregados de Positiva.

n. Realizar eventos, capacitaciones, seminarios y talleres en temas relacionados con productos y servicios que ofrece Positiva.

o. Enviar archivos con información de datos médicos cuando así lo exija el proceso de autorización de servicios médicos y/o tratamiento y/o consulta médica en el país y/o en el exterior y/o segunda consulta médica en el país y/o en el exterior.

p. Verificar y controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral.

q. Consultar a través del Ministerio de Salud u otras entidades públicas la supervivencia y condición de los rentistas, incluyendo sin limitarse la situación de estudiante, así como las historias clínicas de los clientes ante las entidades de salud.

r. Consulta por parte de los clientes de Positiva a través de los canales utilizados por ésta, en relación con la información correspondiente a proveedores de servicios de salud.

s. Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de Positiva, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

t. 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.

u. La expedición de certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

v. Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante Positiva o terceros.

w. Procesos al interior de Positiva, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas.



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



x. La administración del recurso humano de Positiva, incluyendo pero sin limitarse a la evaluación de los candidatos interesados en ser funcionarios de Positiva, la vinculación laboral a Positiva, procesos de capacitación, realización de evaluación del desempeño, adelantar programas de bienestar social y salud ocupacional, expedición de certificaciones laborales, suministro de referencias laborales en caso de ser solicitadas, conformar el mapa humano del personal que labora en Positiva y el pago de nómina, cuando ello aplique.

y. 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 Positiva.

z. Cumplir con los procesos internos de Positiva en materia de administración de proveedores y contratistas.

aa. El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de Positiva.

bb. Asignar claves a los intermediarios para la recepción de documentos remitidos por Positiva.

cc. Adelantar campañas de actualización de datos.

dd. El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

6. Declaro y acepto que Positiva llevará a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier método de comunicación, que entiendo y acepto, puede exponer los Datos Personales a riesgos inherentes (incluyendo riesgos de seguridad asociados con la interceptación o acceso no autorizado a dichas comunicaciones, riesgos de virus, riesgos de corrupción u otros elementos o dispositivos informáticos dañinos), no obstante contar Positiva con procedimientos razonables para la protección de virus de sus sistemas.

7. Declaro que he sido informado de los datos del Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, los cuales son:

Nombre: Luis Carlos Morales, Estrategia y Desarrollo de Positiva Compañía de Seguros S.A.

Dirección física: Carrera 45 Autopista Norte No. 72 - 94, Piso 11.

Dirección de correo electrónico: luis.morales@positiva.gov.co

Teléfono: (571) 6502200

8. Declaro y acepto que Positiva, en cumplimiento de lo establecido en la normativa de protección de datos personales, particularmente la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, me ha informado del carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas y niños adolescentes.

9. Declaro y acepto que Positiva me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.

b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente este exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.

c. 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.

d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.

e. 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.

f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de _____
a los (____) días del mes de _____ del año 20____.

Nombres y Apellidos del Titular

Firma

No. 99999999

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co