



POSITIVA
COMPAÑIA 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.

2021032403108527487501

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. <input type="radio"/> M <input type="radio"/> D <input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P	PRIMER APELLIDO	VILLOTA
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO	
1085274875		
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	DAVID
HERNAN		
FECHA NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
1989 07 21	M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	COLPENSIONES ADMINISTRADORA C
E.P.S. SANITAS S.A.		
DIRECCIÓN RESIDENCIA		
CRA 2E NO 20-55 B/SANTA BARBARA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	PASTO
NARIÑO		
CELULAR O TELÉFONO FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	VILLOVID07@GMAIL.COM
3143402099		

II. INFORMACION DE LA AFILIACION O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO <input type="radio"/>	COMERCIAL <input type="radio"/>	CIVIL <input checked="" type="radio"/>	PÚBLICO <input type="radio"/>	PRIVADO <input type="radio"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>				
* FECHA INICIO	AÑO	MESES	DIA	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO	MESES	DIA	No. DE MESES	1		
2021	03	01		2021	04	30					
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES <input checked="" type="radio"/>	MARTES <input checked="" type="radio"/>	MIÉRCOLES <input checked="" type="radio"/>	JUEVES <input checked="" type="radio"/>	VIERNES <input checked="" type="radio"/>	SABADO <input checked="" type="radio"/>	DOMINGO <input type="radio"/>	DE	06:00 AM <input checked="" type="radio"/>	HASTA	06:00 AM <input checked="" type="radio"/>
VALOR TOTAL	\$700000.0	VALOR MENSUAL	\$7000000	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	\$2800000						
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	EMPRESAS DEDICADAS A CONSULTORIA EN PROGRAMAS DE	CÓDIGO	1722001	SO ARL							
CARGO U OCUPACIÓN	INGENIERO DE SISTEMAS	TAXISTA	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>								
DIRECCIÓN	PASTO										
DEPARTAMENTO	NARIÑO	MUNICIPIO	PASTO								

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

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. <input type="radio"/> M <input type="radio"/> D <input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	ASOCIACION DE DESARROLLO CAMPESINO
No. DE DOCUMENTO	DV 9		
891224273			
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	1919901	DE ARL	
CENTRO DE TRABAJO			
DIRECCIÓN PRINCIPAL	CRA 6B 19 04 BARRIO SENDOYA		
DEPARTAMENTO	NARIÑO	MUNICIPIO	PASTO
TELÉFONO	7203383	FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	ADC@ADC.ORG.CO		
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO	TIPO DOC. <input type="radio"/> M <input type="radio"/> D <input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P	PRIMER APELLIDO	REVELO
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	SALAZAR
98378299			
PRIMER NOMBRE	JOSE	SEGUNDO NOMBRE	VICENTE

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 VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

David Villota

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1722001

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

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

