

# INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



# RECOMENDACIONES

- ☑ Para realizar este proceso asegúrate de utilizar Google Chrome.
- ☑ No abandones el sistema durante la ejecución de este proceso, pues genera un bloqueo por inactividad.



# PASO 1

Ingresa a [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

POSITIVA  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Inicio Nosotros Servicios en Línea Atención al Ciudadano Transparencia Participa Trámites Noticias Contáctenos

es-ES

MINISTERIO DE HACIENDA Y  
CRÉDITO PÚBLICO

Con el Seguro  
Exequial Positiva

Decide ahora qué  
**Serás**  
para los que más quieres

Más Información

Riesgos  
Laborales

Seguros de  
Vida

Pensionados

¿Te podemos ayudar?



# PASO 2

Dirígete a la opción **Riesgos Laborales** y selecciona **Afiliaciones Empleadores e Independientes**.

The screenshot displays the POSITIVA website interface. At the top, there is a navigation bar with the logo 'POSITIVA' and the tagline 'COMPañIA de Seguros'. The menu includes: Inicio, Nosotros, Servicios en Línea, Atención al Ciudadano, Transparencia, Participa, Trámites, Noticias, and Contáctenos. On the right side of the header, there is a language selector set to 'es-ES' and the text 'MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO'. The main content area features a large background image of a woman with a neck brace. A text box on the left reads: 'AHORA LAS INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO. Debes radicarlas por servicios en línea, opción PQRD seleccionando en tipología de solicitud. Pruebas Investigación de Accidente de Trabajo'. Below this is an 'Ingrese Aquí' button and a link to '<< Consultar Manual >>'. A sidebar on the left contains navigation icons. At the bottom, there are three main service tiles: 'Riesgos Laborales' (with a sub-menu for 'Afiliaciones Empleadores e independientes' and 'Información general'), 'Seguros de Vida', and 'Pensionados'. A chatbot icon in the bottom right corner asks '¿Te podemos ayudar?'.



# PASO 3

Ingresa y lee atentamente las indicaciones de bienvenida al portal dando doble clic en el botón **“continuar”**.



Bienvenidos a nuestra sede electrónica transaccional.

Desde aquí podrá realizar sus trámites como empleador, trabajador (dependiente o independiente) o proveedor de Positiva.  
Si aún no es afiliado o no está registrado, use la opción registrarse que verá al cerrar esta ventana.

Continuar



# PASO 3

## BIENVENIDO AL PORTAL INTEGRADO DE TRÁMITES DE POSITIVA ARL

Aquí usted podrá gestionar todos los temas ante nuestra ARL como empleador o trabajador, para ello tenga en cuenta lo siguiente:

- ☒ Si no ha realizado el proceso de registro como empleador o trabajador independiente debe hacerlo por la opción **Registrarse**, si ya realizó el proceso de registro puede ingresar con el usuario y contraseña asignado.
- ☒ Recuerde que el usuario de ingreso corresponde al número del documento de identidad. **Para ingresar al portal si su tipo de documento es Permiso de protección temporal (PT), para autenticarse debe anteponer PT a su número de documento.**  
Ej **PT1234567**
- ☒ Si olvidó su contraseña, podrá recuperarla ingresando el número de documento del usuario y seleccionando la opción **¿olvidó su contraseña?**, el sistema le indicará el procedimiento a seguir para restaurarla.
- ☒ Si presenta dificultades con nuestro portal transaccional, puede utilizar la opción **Soporte en Línea**, en donde lo guiaremos en el proceso.
- ☒ **Le informamos que puede realizar la actualización de su correo electrónico, ingresando por la opción actualizar datos (ver instructivo).**

**Lo invitamos a conocer los tutoriales para el manejo de todas nuestras herramientas transaccionales en el libro TUTORIAL HERRAMIENTAS POSITIVA y dentro de cada uno de los módulos del portal (Empleador y Trabajador).**

**LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS**

Continuar



# PASO 4

Si ya realizaste el proceso de registro, ingresa con el usuario y contraseña asignado, de lo contrario deberás realizar este proceso seleccionando la opción **"Registrarse"** y respondiendo las preguntas allí indicadas.



The image shows a screenshot of the POSITIVA login page. On the left, there is a photograph of three people (two men and one woman) sitting at a desk, looking at a tablet. The background of the page is a light gray with a green circular logo containing a checkmark and the text 'CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD'. The login form on the right includes a header with 'Soporte en Línea' and 'Iniciar Sesión'. Below the header is the POSITIVA logo, followed by input fields for 'Usuario' and 'Contraseña', a link for '¿Olvidó su Contraseña?', and buttons for 'Ingresar' and 'Registrarse'. The 'Registrarse' button is highlighted with an orange border. An orange callout box with a white background and an arrow pointing to the 'Registrarse' button contains the text: 'Recuerda que el usuario es el mismo número de cédula y la contraseña es la asignada en el proceso de registro inicial'. At the bottom of the page, the POSITIVA logo and the text 'COMPañIA DE SEGUROS' are visible, along with the version number 'versión - 2.0.20.0'.

Recuerda que el usuario es el mismo número de cédula y la contraseña es la asignada en el proceso de registro inicial

# PASO 5

Selecciona la opción **“Trabajador - Solicitante de Prestaciones”**.





# PASO 6

Despliega la opción **“Afiliación y Novedades Independientes”** y posteriormente clic en **“Afiliación Independientes”**.



The image shows a screenshot of the POSITIVA website interface. On the left, there is a dark navigation menu with the following items: 'TRABAJADOR' (with a house icon), 'AFILIACION Y NOVEDADES INDEPENDIENTES' (highlighted with an orange box and a blue arrow), 'Afiliación Independientes', 'Consulta estado Afiliación Independientes', 'Actualización de datos independientes', 'RECAUDO INDEPENDIENTES', 'PRESTACIONES ASISTENCIALES', 'PRESTACIONES ECONOMICAS', and 'TUTORIAL INDEPENDIENTES'. An orange callout box with a white background and black text points to the 'Afiliación Independientes' option, containing the text: 'Despliega la opción, luego clic en Afiliación Independientes'. The background of the screenshot shows three people (two men and one woman) sitting at a desk, looking at a tablet. In the bottom right corner, the POSITIVA logo and the text 'POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS' are visible. A green circular seal with a checkmark is also present in the top right corner of the screenshot.



# PASO 7

Para iniciar el registro de afiliación da clic en la opción **“Nueva solicitud”**

The screenshot shows a web application interface with an orange header bar. On the left, there is a 'Menú' icon and the 'desk' logo. The header text reads 'Positiva'. On the right, there is a 'Soporte en Línea' icon and the user name 'Luis Alejandro Guerrero Rodriguez'. The main content area is titled 'AFILIACIÓN Y NOVEDADES' and contains a search bar labeled 'Buscar:'. Below the search bar is a table with columns: 'Contratante', 'Inicio contrato', 'Fin contrato', 'Estado', 'Nueva afiliación', 'Prórroga', 'Finalizar', 'Certificado', and 'Carné'. The table is currently empty, displaying 'No hay información'. Below the table are 'Anterior' and 'Siguiete' navigation buttons. A message states: 'Si no desea realizar gestión sobre ninguno de los contratos mostrados anteriormente, por favor cree una 'Nueva Solicitud''. An orange callout box with a white background and an orange border contains the text: 'Clic en este botón: “Nueva Solicitud” para realizar el registro de afiliación'. An orange arrow points from this callout box to the 'Nueva Solicitud' button, which is highlighted with an orange border.



# PASO 8

En este aviso encontrarás la información relacionada con respecto a la normatividad vigente que aplica para los tipos de afiliación de trabajador independiente.

Una vez leída la normatividad da clic en la opción **“Continuar”**

## TIPOS DE VINCULACIÓN PARA UNA NUEVA AFILIACIÓN

### AFILIACIÓN CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (DECRETO 723 DE 2013):

El presente decreto se aplica a todas las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios, con entidades o instituciones públicas o privadas con una duración superior a un (1) mes y a los contratantes, conforme a lo previsto en el numeral 1 del literal a) del artículo 2o de la Ley 1562 de 2012 y a los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio del Trabajo como de alto riesgo, tal y como lo prevé el numeral 5 del literal a) del artículo 2o de la Ley 1562 de 2012. Para efectos de su afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, tienen el derecho a la libre escogencia de su Administradora de Riesgos Laborales, debiendo afiliarse a una sola.

NOTA: Para el caso de trabajadores independientes que laboren en actividades de alto Riesgo (IV y V) y cuyo contratante se encuentre vinculado a nuestra ARL, el proceso de afiliación solo podrá ser realizado por medio del portal transaccional del contratante.

### AFILIACIÓN VOLUNTARIA SIN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (DECRETO 1563 DE 2016):

La afiliación voluntaria aplica para los trabajadores independientes sin contrato de prestación de servicios, que devenguen uno (1) o más salarios mínimos mensuales legales vigentes.

### AFILIACIÓN TAXISTA INDEPENDIENTE (DECRETO 1047 DE 2014)

Aplica para los conductores de los equipos destinados al Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Individual de Pasajeros en Vehículos Taxi, deberán estar afiliados como cotizantes al Sistema de Seguridad Social y no podrán operar sin que se encuentren activos en los sistemas de pensiones, salud y riesgos laborales. Se regirá por las normas generales establecidas para el Sistema General de Seguridad Social. El riesgo ocupacional de los conductores, para efectos del Sistema General de Riesgos Laborales, se clasifica en el nivel cuatro (IV).

Continuar

Clic en el botón “continuar”



# PASO 9

Si elegiste el tipo de afiliación independiente con contrato de prestación de servicios, para continuar con el registro da clic en la opción **“Siguiente”**.

TIPO DE SOLICITUD

Fecha de Diligenciamiento (aaaa/mm/dd) 16/11/2020

Trámite 0 - Afiliación

tipo de vinculación Independiente con Contrato de Prestación de Servicios

1 - 4


SIGUIENTE



# PASO 10

Diligencia los campos de Información de Contratante e Información del Centro de Trabajo y posteriormente da clic en la opción **“Siguiente”**.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Ayuda Limpiar



Recuerde que su fecha de inicio de cobertura corresponderá al día siguiente de haber cargado los soportes requeridos, y será confirmada una vez realizada la validación de los mismos. Fecha de diligenciamiento: 16/11/2020

Si presenta inconvenientes durante el diligenciamiento del formulario, en la parte superior derecha encontrará el botón de ayuda o puede solicitar asesoría en la opción SOPORTE EN LÍNEA.

### INFORMACIÓN DE CONTRATANTE

Tipo documento *	Documento (sin dígito de verificación) *	Dígito de verificación	Código de seguridad	Digite código de seguridad	Buscar
Nit			754		
Razón social o nombre *	Tipo de documento representante legal *			Número de documento representante legal *	
Primer nombre *	Segundo nombre representante legal *	Primer apellido representante legal *	Segundo apellido representante legal *		
Correo *		Arl Actual *			

Los campos marcados con asterisco ( \* ) son de obligatorio diligenciamiento.

### INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO

Departamento *	Municipio *
Celular o Teléfono fijo *	Dirección *

2 4

ANTERIOR SIGUIENTE

Una vez terminado el diligenciamiento selecciona el botón siguiente para continuar



# PASO 11

Diligencia los campos de **Datos Generales del Trabajador Independiente**, y da clic en la opción **“Siguiente”**.

Los campos marcados con asterisco ( \* ) son de obligatorio diligenciamiento.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Ayuda Limpiar X

**DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

Primer nombre XXXXXXX	Segundo nombre XXXXXXX	Primer apellido XXXXXXX	Segundo apellido XXXXXXX
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad COLOMBIA	Sexo XXXXXXX	EPS del Trabajador XXXXXXX
No	AFP del trabajador XXXXXXX	Dirección de residencia La longitud mínima permitida es de 5 caracteres.	
Departamento de residencia XXXXXXX	Municipio de residencia XXXXXXX	Correo electrónico correo@correo.com	Celular o teléfono fijo
Cargo/Ocupación (Si lo desea descargue listado completo en <a href="#">Excel</a> ) búsque por código o nombre.			

3 - 4

ANTERIOR SIGUIENTE

Una vez terminado el diligenciamiento selecciona el botón siguiente para continuar



# PASO 12

Diligencia los campos de **Información del Contrato, Datos de Quién Firma el Contrato (Contratante)** y el campo **Información Para Realizar el Aporte**, y da clic en la opción **“Generar Formulario”**.

**INFORMACIÓN DEL CONTRATO** SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Ayuda Limpiar X

Contrato público/privado  Tipo de contrato  Suministro de transporte   
Fecha inicio  Fecha terminación  Duración

Si los días de trabajo por defecto no corresponden a los del trabajador, por favor proceder a seleccionarlos correctamente.

Días de trabajo  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

¿Tiene horario definido?  Valor total del contrato  Valor mensual del contrato  Ingreso base de cotización

El cálculo del valor mensual se obtiene dividiendo el valor total ingresado entre el número de meses completos de la duración, los días adicionales a los meses completos no son tenidos en cuenta para el cálculo, sin embargo el valor del ingreso base de cotización puede ser modificado con respecto al valor real sobre el cual se va a cotizar y no puede ser inferior a 1 SMMLV ni mayor a los 25 SMMLV.

Actividad económica a ejecutar   
Dirección donde se ejecutará el contrato. Departamento donde se ejecutará el contrato. Municipio donde se ejecutará el contrato.

**DATOS DE QUIEN FIRMA EL CONTRATO (CONTRATANTE)**

Tipo de documento  Número documento   
Primer nombre  Segundo nombre  Primer apellido  Segundo apellido   
Cargo de quien firma el contrato

**INFORMACIÓN PARA REALIZAR EL APORTE**

Código actividad económica  Clase de riesgo  Tarifa  Ingreso base de cotización

Clic en este boton “generar formulario”

ANTERIOR GENERAR FORMULARIO

Nota: Si labora en actividades de alto riesgo (IV o V) y cuyo contratante se encuentre vinculado a nuestra ARL, el proceso de afiliación solo podrá ser realizado por medio del portal transaccional del contratante.



# PASO 13

Se generará un mensaje el cual deberás realizar la confirmación del correo electrónico registrado.

Posterior a la confirmación del correo electrónico se habilitará un mensaje el cual te indicará el tiempo con el que cuentas para realizar el cargue de anexos para el proceso de afiliación.

**1**

Estimado Usuario:

Su trámite se registrará en nuestro sistema con el correo [redacted], por lo anterior agradecemos nos confirme si el correo electrónico suministrado es correcto. Si desea realizar la modificación del correo puede ingresar a la opción actualizar datos (ver instructivo).

CANCELAR CONFIRMAR

**2**

Estimado usuario:

Le quedan **5 días** para realizar el cargue de los anexos requeridos para finalizar su proceso de afiliación ante nuestra ARL, en caso de no efectuarlo en el tiempo establecido quedará anulada su solicitud.

Entendido

5 días calendario

**3**

Estimado(a) Usuario(a)

Le informamos que ha finalizado de forma exitosa el diligenciamiento de la información requerida para la afiliación como trabajador independiente a nuestra ARL, por lo anterior para culminar el proceso debe realizar lo siguiente:

Debe adjuntar en formato PDF o JPG lo siguiente:

- Documento de identidad por ambas caras (utilizar una sola página)
- Afiliación o certificación de la EPS como cotizante o copia del último pago realizado (debe corresponder al mes inmediatamente anterior o actual al momento de la afiliación). Si en el pago no aparece el nombre de la EPS diligencie a mano sobre el recibo el nombre de ésta, en la parte superior del soporte.
- Afiliación o certificación de la AFP como cotizante o copia del último pago realizado (debe corresponder al mes inmediatamente anterior o actual al momento de la afiliación). Si en el pago no aparece el nombre de la AFP diligencie a mano sobre el recibo el nombre de ésta, en la parte superior del soporte.
- Copia del contrato de prestación de servicios o documento que contenga tiempo, modo y lugar del contrato a realizar, debidamente firmado por el contratante y el contratista.

Le informamos que cuenta con 5 días calendario a partir de la fecha, para adjuntar los documentos solicitados de acuerdo con las especificaciones indicadas; de no hacerlo, deberá nuevamente realizar el proceso de registro de la información. **Recuerde que su fecha de inicio de cobertura corresponderá al día siguiente de haber firmado el formulario de afiliación después de realizar la validación de los soportes cargados.**

Recuerde que, si presenta dificultades durante el proceso, puede utilizar la opción **Soporte en Línea** ubicada en la parte superior derecha de la página o en su defecto comuníquese con nuestra línea de atención en Bogotá 3307000 o a nivel nacional 01 8000 111 170 en donde lo podemos asesorar.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Continuar



# PASO 14

Ahora deberás cargar los soportes máximo 10 archivos en formato PDF y/o PNG con tamaño permitido de 2MB y da clic en la opción **“Confirmar Soporte”**.

MODULO DE SOPORTES

RECUERDE QUE LOS ANEXOS DEBEN CORRESPONDER EXACTAMENTE A LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, ADJUNTAR ANEXOS CON INFORMACIÓN DIFERENTE GENERARÁ LA NULIDAD EN LA AFILIACIÓN Y DEBERÁ REALIZAR EL PROCESO DESDE EL INICIO

Documento requerido para la afiliación  
Documento Obligatorio - Máximo 10 archivos, Tamaño Permitido: 2 MB

Documento requerido para la afiliación  
Documento Obligatorio - Máximo 10 archivos, Tamaño Permitido: 2 MB

Documento requerido para la afiliación  
Documento Obligatorio - Máximo 10 archivos, Tamaño Permitido: 2 MB

Documento requerido para la afiliación  
Documento Obligatorio - Máximo 10 archivos, Tamaño Permitido: 2 MB

Cargar soportes

CONFIRMAR SOPORTES

CONSULTAR ESTADO DE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN

29 de noviembre de 2019 - INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)

SOPORTES CARGADOS

Se realizará la verificación de todos los soportes anexos. Una vez validado lo anterior le enviaremos al correo electrónico registrado el resultado de la verificación. Si la validación es satisfactoria, su fecha de inicio de cobertura será el día siguiente de haber cargado los documentos.

19 de noviembre de 2019 - UNIVERSIDAD

RADICADO

Recuerda que cuentas con 5 días calendario para realizar el cague de los anexos.



# PASO 15

Una vez finalizado el cargue de anexos estos serán verificados y te enviaremos el resultado al correo electrónico registrado.

Soportes cargados exitosamente!

Se realizará la verificación de todos los soportes anexos. Una vez validado lo anterior le enviaremos al correo electrónico registrado, el resultado de la verificación y se le indicará el paso a seguir para continuar con la solicitud de afiliación.


Cerrar



# PASO 16

Si la validación es satisfactoria, al correo electrónico registrado te enviaremos el proceso para realizar la firma del formulario el cual tiene una vigencia de **15 días calendario** y culminar con la solicitud de afiliación, en caso contrario tu proceso quedará en estado suspendido.

Afiliación trabajador independiente XXXXXXXXXX - POSITIVA IDCORREO= XXXXXXXXXXXXXXX

 usuario@positivainfo.com  
Para: Usuario

Mié 11/05/2022 15:16

**Bienvenido(a) a Positiva Compañía de Seguros**

Le informamos que la validación de todos los documentos anexos fue finalizada de forma exitosa (Radicado: XXXXXXXXXX ), por lo anterior lo invitamos a ingresar con su usuario y contraseña a nuestro portal transaccional <https://positiva.sycpruebas.com/nuevo/> y en el módulo de afiliación y novedades consultar el estado de la afiliación para continuar con el proceso de la firma del formulario el cual tiene una vigencia de 15 días. Si no se realiza el proceso de la firma del formulario la solicitud de afiliación caducara y tendrá que realizar nuevamente el proceso completo para la afiliación.

Ante cualquier inquietud puede comunicarse con nuestra línea de atención en Bogotá 3307000 o a nivel nacional 01 8000 111 170 en donde lo podemos asesorar.

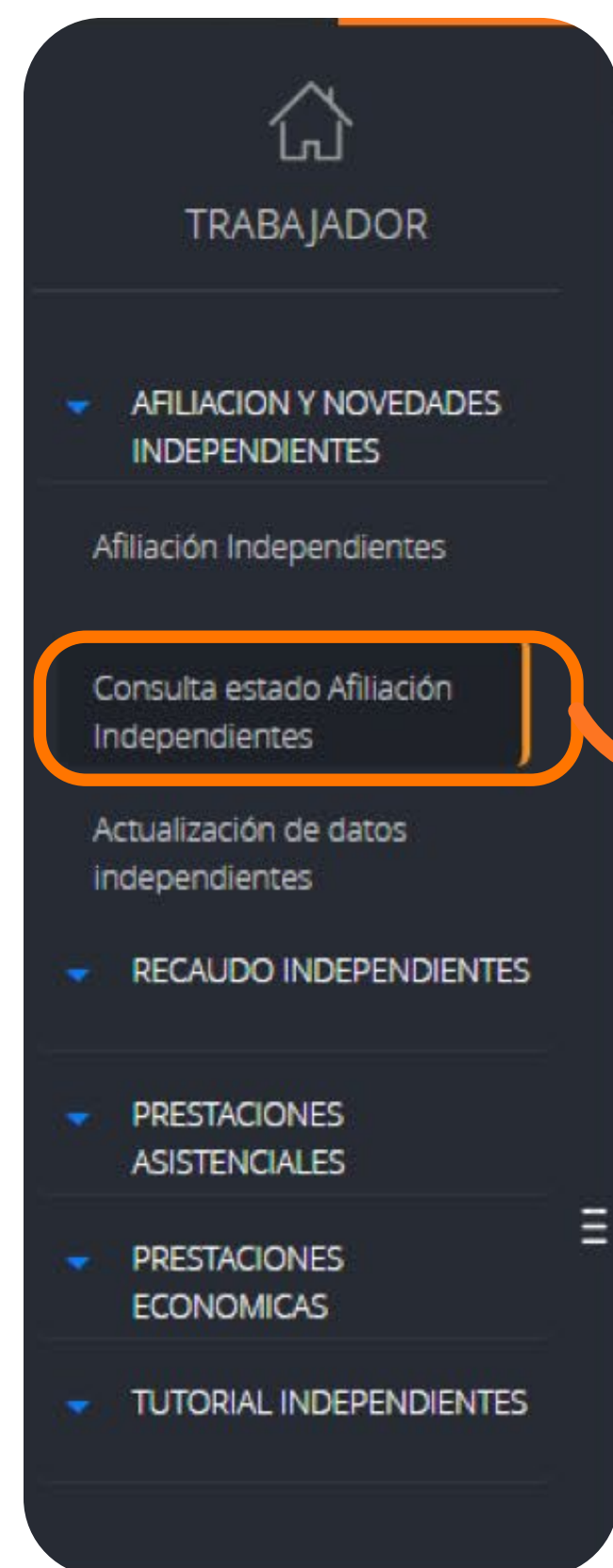
POSITIVA LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**Cordialmente,**  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades

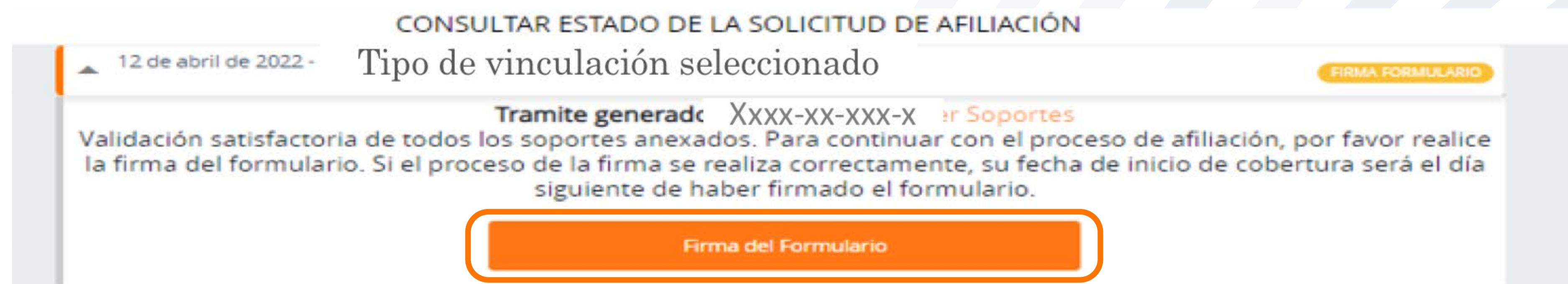


# PASO 17

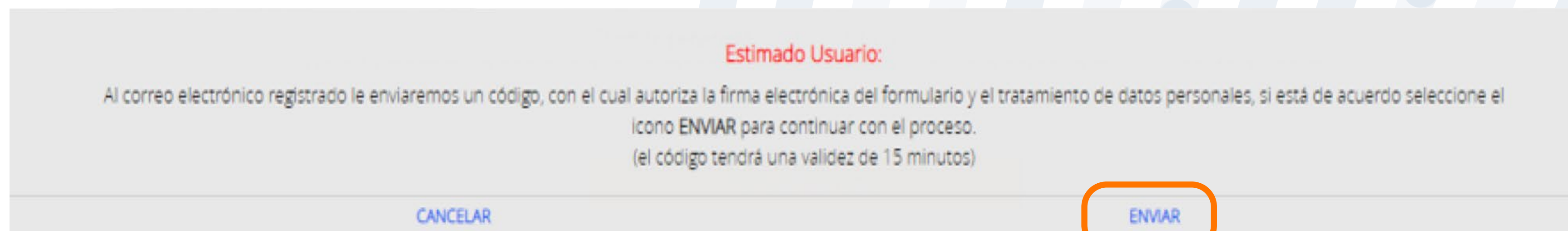
Para realizar el proceso de firma del formulario electrónico debes ingresar al módulo **“Consulta estado Afiliación Independientes”** y da clic en el botón **“Firma del formulario”**



Clic en esta opción  
Consulta el estado  
de afiliación  
independientes



Luego se generará el siguiente mensaje, das clic en **Enviar**.





# PASO 18

Al correo electrónico registrado te enviaremos un código para realizar el proceso de firma digital.

Firma Digital del Formulario de Independientes #MID\_ 11111111

M masivopos1@positivainfo.com  
Mar 12/04/2022 14:10  
Para: | XXXXXXXXXXX

Señor(a) ROA

Cordial Saludo

Para finalizar el proceso de afiliación a nuestra ARL POSITIVA, debe realizar la aprobación de la firma del formulario afiliación, para ello por favor ingrese el siguiente código en nuestro portal transaccional:

5QCXX0

**Nota:** La modificación de información en el proceso de afiliación o el cierre del formulario antes de finalizar el proceso, invalida el PIN generado.

Cordialmente,

**Administración Portal Transaccional  
Positiva Compañía de Seguros**

Le solicitamos abstenerse de responder este mensaje, cualquier inquietud no dude en solicitarla por medio de soporte en línea.

Posterior a ello deberás ingresarlo en el portal transaccional y dar clic en el icono de **firmar**.

**Estimado Usuario:**

Por favor ingrese el código recibido en su correo para proceder con la firma del formulario.

5QCXX0

Seleccione el icono FIRMAR para continuar con la firma del formulario

CANCELAR FIRMAR



# PASO 19

Una vez realizado el proceso podrás visualizar el formulario de afiliación y la autorización de tratamiento de datos con su respectiva firma electrónica.

**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS  
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
www.positiva.gov.co

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

**SEÑOR CONTRATISTA**  
Permiso que una vez cumplida la fecha de vencimiento de la afiliación, el estado decesario con el establecido en el artículo 47 de la Ley 1489 de 2011, no implique o que genere el perfil transaccional y mejore la movilidad respectiva.

RADICADO XXXXX

**I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

TIPO DOC. CC PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXXXX  
 NO. DE DOCUMENTO XXXXXXXXXXXX SEGUNDO APELLIDO XXXXXXXXXXXX  
 PRIMER NOMBRE XXXXXXXXXXXX SEGUNDO NOMBRE  
 \* FECHA INGRESO SEXO F NACIONALIDAD COLOMBIA  
 EPS ACTUAL XXXXXXXXXXXX APT ACTUAL XXXXXXXXXXXX  
 DIRECCIÓN RESIDENCIAL XXXXXXXXXXXX  
 DEPARTAMENTO XXXXXXXXXXXX MUNICIPIO XXXXXXXXXXXX  
 CELULAR O TELÉFONO Fijo 6555555 CORREO ELECTRÓNICO XXXXXXXXXXXX

**II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO**

TIPO ADMINISTRATIVO COMERCIAL CIVIL PÚBLICO PRIVADO SUBMITO DE TRANSPORTE SI NO  
 \* FECHA INICIO FECHA DE TERMINACIÓN No. DE MESES 12  
 HORAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO DE 06:00 AM A 06:00 PM  
 VALOR TOTAL \$100000000 VALOR MENSUAL \$8333333 \* VALOR BASE DE COTIZACIÓN \$3333333  
 \* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE EQI CODIGO 30.991.01  
 CARGO U OCUPACIÓN XXXXXXXXXXXX TAXISTA SI NO  
 DIRECCIÓN KR 12 12 12 DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO FLORIDABLANCA

**III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA O CONTRATANTE PARA RIESGOS LABORALES VOLUNTARIO**

\* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. N° NO. DE DOCUMENTO XXXXXXXXXXXX RAZÓN SOCIAL XXXXXXXXXXXX  
 CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 1723001 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 72313)  
 DIRECCIÓN PRINCIPAL KM 2 176 DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO FLORIDABLANCA  
 TELÉFONO XXXXXXXXXXXX FAX CORREO ELECTRÓNICO XXXXXXXXXXXX  
 \* DATOS QUE FIRMAR CONTRATO NO. DE DOCUMENTO XXXXXXXXXXXX TIPO DOC. CC PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXXXX  
 PRIMER NOMBRE SEGUNDO APELLIDO SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE REGULA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1385 DE 1994, LEY 778 DE 1984, DECRETO 703 DE 2013, DECRETO 1485 DE 2014 Y DEMÁS NORMAS QUE REGULAN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADEROS Y FUERON SER COMPARTIDOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL  
 CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CLASE DE RIESGO TARIFA  
 1 0.52200

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

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-04-18 / 16:10:17  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Rev. Noviembre/2019

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS

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 mis (os) "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 clasificado 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 1489 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, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) 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; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (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) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercados, 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; (k) 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; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) 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; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (o) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (p) 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; (q) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (r) Adelantar campañas de actualización de datos; (s) 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 todos aquellos que las modifiquen, adicionen, sustituyan o reemplacen, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales.  SI  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.  SI  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](mailto:servicioalcliente@positiva.gov.co)  
 Teléfono: 3307000 en Bogotá y 01800011170 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:  
 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 esté 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 FLORIDABLANCA a los (18) días del mes de abril del año 2022

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Firma del Trabajador Independiente

**LO BUENO DEBE SER PARA TODOS** [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)



Para conocer tu estado de afiliación y la fecha de cobertura, ingresa al portal transaccional con el usuario y contraseña asignado, luego das clic en la imagen  , lee el anuncio y da clic en **Entendido**.

Señor Usuario.  
La Gerencia de Afiliaciones y Novedades de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., informa que los certificados de afiliación han sido ajustados y no tendrán firma ni datos del gerente de área. El certificado cuenta con un código de verificación que le permite validar ingresando a la página [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) en el menú de riesgos laborales.

**Entendido**

TRABAJADOR

- AFILIACIÓN Y NOVEDADES INDEPENDIENTES
- RECAUDO INDEPENDIENTES
- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
- PRESTACIONES ASISTENCIALES
- PRESTACIONES ECONOMICAS
- PQRD
- SINIESTROS

AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Buscar:

Contratante	Inicio contrato	Fin contrato	Estado	Nueva afiliación	Prórroga	Finalizar	Certificado	Carné
INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)	01/01/2022	31/07/2022	ACTIVO					
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	15/01/2021	31/12/2021	INACTIVO					
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	23/06/2020	31/12/2020	INACTIVO					
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	19/03/2020	19/06/2020	INACTIVO					

Anterior **1** Siguiente

Si no desea realizar gestión sobre ninguno de los contratos mostrados anteriormente, por favor cree una 'Nueva Solicitud'.

**Nueva Solicitud**

CERTIFICADOS TRABAJADOR

CertificadoTrabajadorInde... 1 / 1 58%

**POSITIVA**  
COMPANHIA DE SEGUROS

POSITIVA  
Compañía de Seguros S.A.  
N.I.T. 800.013.153-6

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que:  
- con Cédula Ciudadanía No. [redacted] contratista de la empresa  
INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013), con NIT No. [redacted]  
Registra como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 01/01/2022,  
para el contrato registrado con fecha desde 01/01/2022 y fecha hasta 31/07/2022, su  
estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción "VALIDAR CERTIFICADOS". Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2022030145459.

Dada en Bogotá, a los 1 días del mes de abril de 2022.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Recuerda que la cobertura inicia al día calendario siguiente de firmado el formulario de afiliación.