



# INSTRUCTIVO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

# 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 central text block reads: 'AHORA LAS INVESTIGACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO. Debes radicarlas por servicios en línea, opción PQRD seleccionando en tipología de solicitud.' Below this is a dropdown menu for 'Pruebas Investigación de Accidente de Trabajo' and an orange button labeled 'Ingrese Aquí'. A link '<< Consultar Manual >>' is also present. A sidebar on the left contains navigation icons. At the bottom, there are three dark blue buttons: '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 table, looking at a tablet. The background of the page is a light gray with a green circular logo in the top right corner that says "CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD". The login form on the right has a white background and an orange border. It contains the following elements: a logo at the top, a "Usuario" input field, a "Contraseña" input field, a link "¿Olvidó su Contraseña?", an orange "Ingresar" button, and a gray "Registrarse" button. Below the buttons, it says "PTI". At the bottom of the page, there is a logo for "POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS" and the text "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 worker portal. On the left is a dark sidebar menu with a home icon and the text 'TRABAJADOR'. The menu items are: 'AFILIACION Y NOVEDADES INDEPENDIENTES' (highlighted with an orange box and arrow), 'Afiliación Independientes', 'Consulta estado Afiliación Independientes', 'Actualización de datos independientes', 'RECAUDO INDEPENDIENTES', 'PRESTACIONES ASISTENCIALES', 'PRESTACIONES ECONOMICAS', and 'TUTORIAL INDEPENDIENTES'. The main content area shows a blurred image of three people (two men and one woman) sitting at a desk with a laptop and tablet, looking at the screen. A green circular logo with a checkmark is in the top right corner. At the bottom center is the POSITIVA logo and the text 'COMPANIA DE SEGUROS'. An orange callout box with white text points to the 'AFILIACION Y NOVEDADES INDEPENDIENTES' menu item.

Despliega la opción, luego clic en Afiliación Independientes

# 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. In the center of the header, the word 'Positiva' is displayed. On the right, there is a 'Soporte en Línea' icon and the user name 'Luis Alejandro Guerrero Rodriguez'. Below the header, the main content area is titled 'AFILIACIÓN Y NOVEDADES'. It features a search bar labeled 'Buscar:' and 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 reads: '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 sin contrato (Voluntarios), para continuar con el registro da clic en la opción **“Entendido”** y luego en la opción **“Siguiete”**.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ayuda

Estimado Trabajador Independiente,

Reciba un cordial saludo de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS,  
para realizar la afiliación a nuestra ARL, debe diligenciar los datos solicitados en el siguiente formulario de SOLICITUD DE AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE.  
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.  
Si se encontraba en el proceso de adjuntar soportes para su afiliación y la sesión fue cerrada por el sistema, en la parte izquierda encontrará el menú con la opción Consultar estado de la solicitud para poder continuar con el proceso.

TIPO DE SOLICITUD

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

Trámite  
0 - Afiliación

Tipo de Vinculación  
Independiente sin Contrato (Voluntario)

1 - 4

SIGUIENTE

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Soporte en Línea

Se va a generar una afiliación de trabajador independiente voluntario  
(Decreto 1563/2016)

Entendido

TIPO DE SOLICITUD

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

Trámite  
0 - Afiliación

Tipo de Vinculación  
Independiente sin Contrato (Voluntario)

1 - 4

SIGUIENTE

# PASO 10

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

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ayuda Limpiar X

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Primer nombre *	Segundo nombre *	Primer apellido *	Segundo apellido *
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) *	Nacionalidad *	Sexo *	EPS del Trabajador *
¿Pensión en país extranjero? *	AFP del trabajador *	Dirección de residencia *	
	Municipio de residencia *	Correo electrónico *	Celular o teléfono fijo *
Cargo/Ocupación (Si lo desea descargue listado completo en <a href="#">Excel</a> )			
búsque por código o nombre.			

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

Una vez terminado el diligenciamiento selecciona el botón siguiente para continuar

3 - 4  
ANTERIOR SIGUIENTE

# PASO 11

Diligencia los campos de Información de la **Ocupación e Identificación de Peligros**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ayuda Limpiar X

### INFORMACIÓN DE LA OCUPACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

Departamento Donde Realizará la Ocupación *	Municipio Donde Realizará la Ocupación *	Dirección Donde Realizará la Ocupación *	Teléfono ó celular donde realizará la ocupación *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingreso Base de Cotización para la Ocupación *	Ocupación (Si lo desea descargue el listado de las ocupaciones permitidas en <a href="#">Excel</a> ) *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ver/Agregar Peligros

Agregar Ocupación Adicional

3 4

ANTERIOR SIGUIENTE

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

Una vez terminado el diligenciamiento selecciona el botón siguiente para continuar

# PASO 12

Selecciona los peligros a los cuales puedes estar expuesto.

Por favor validar y confirmar los peligros asociados:

PELIGROS GUARDADOS

Mostrar 100 Entradas Buscar:

Categoría	Sub Categoría	Peligro	Señ <input checked="" type="checkbox"/>
ERGONÓMICOS	CARGA FÍSICA	ESTÁTICA: posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigraavitacionales	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
ERGONÓMICOS	DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO	PLANOS DE TRABAJO INADECUADOS	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
ERGONÓMICOS	DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO	ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADOS	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
DE SEGURIDAD	LOCATIVOS	ORDEN Y ASEO	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
DE SEGURIDAD	LOCATIVOS	ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución y apilamiento)	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
DE SEGURIDAD	LOCATIVOS	DISPOSICIÓN DE MAQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, distribución área de trabajo)	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO
		INSTALACIONES (área de trabajo, estructuras, pisos, paredes, techos, escaleras, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDADO

Selecciona el botón confirmar peligros para continuar.

[Confirmar Peligros](#)

# PASO 13

Diligencia los campos de Información de **Datos de Cónyuge, Compañero(a) Permanente o Acudiente**, clic en la opción **“Generar Formulario”**.

En caso de no tener cónyuge por favor ingresar los datos de algún acudiente, ya que esta información es obligatoria para continuar con el proceso de afiliación.

Una vez terminado el diligenciamiento selecciona el botón "Generar Formulario".

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Ayuda Limpiar X

### INFORMACIÓN DE DATOS DE CONYUGE, COMPAÑERO(A) PERMANENTE O ACUDIENTE

Tipo de documento	Número documento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Primer Nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento de residencia	Municipio de residencia	Dirección de residencia	Celular o teléfono fijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### INFORMACIÓN PARA REALIZAR EL APORTE

Se ha tomado el mayor riesgo de las ocupaciones ingresadas	Clase de riesgo	Tarifa	Ingreso base de cotización
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 - 4

ANTERIOR GENERAR FORMULARIO



# PASO 14

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 15

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)

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

SOPORTES CARGADOS

RADICADO

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

# PASO 16

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 17

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.

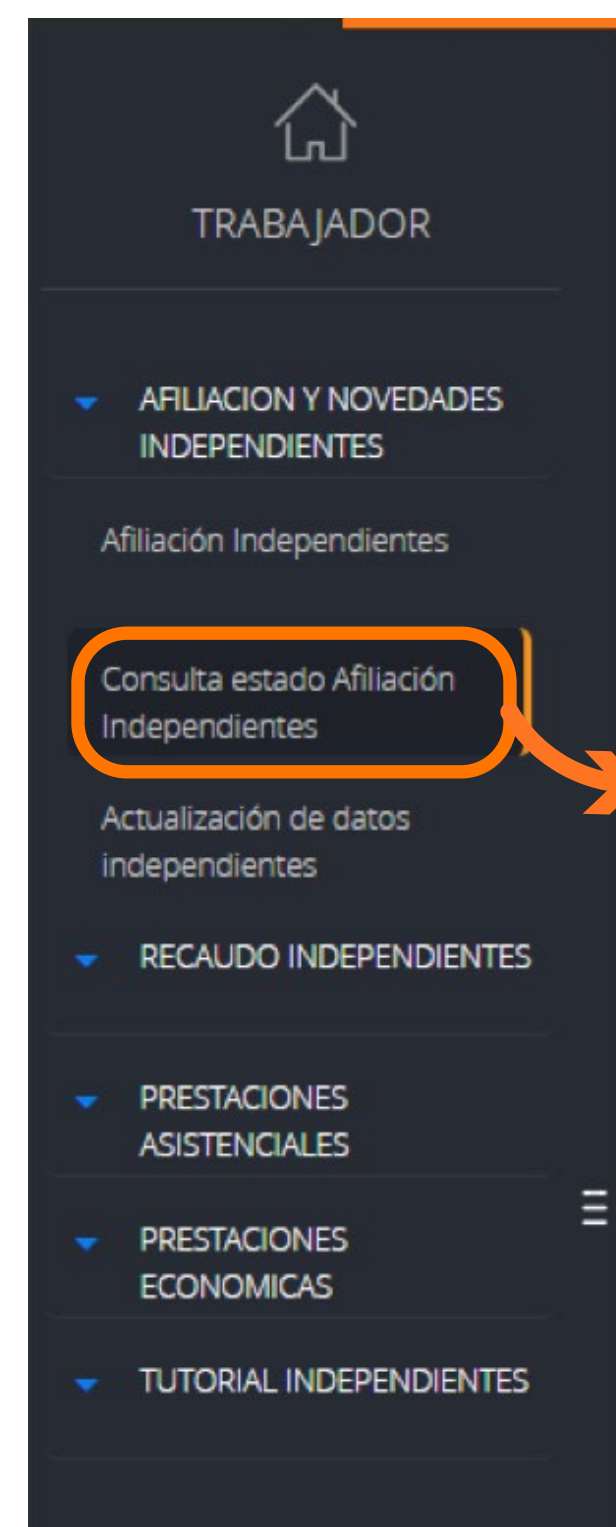
Ante cualquier inquietud puede comunicarse con nuestra línea de atención en Bogotá 3307000 o a nivel nacional 01 8000 111 170 en donde lo podemos asesorar.

POSITIVA LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

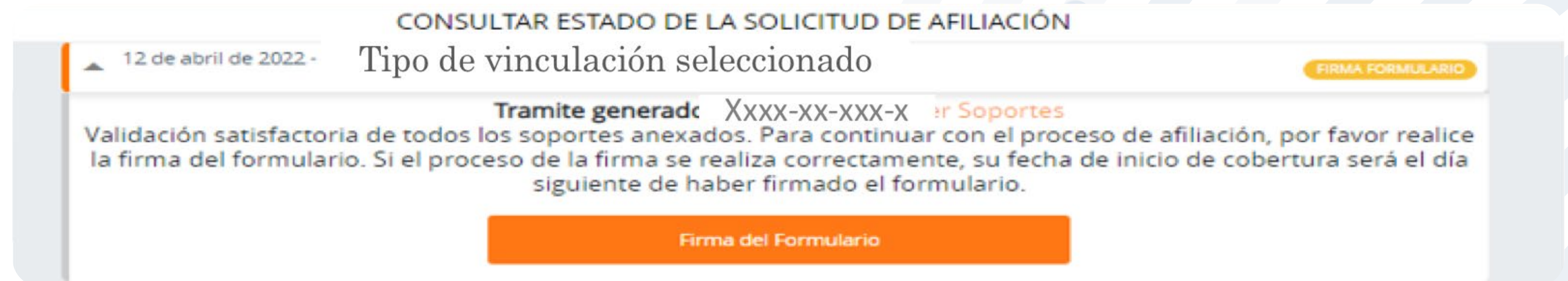
**Cordialmente,**  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades

# PASO 18

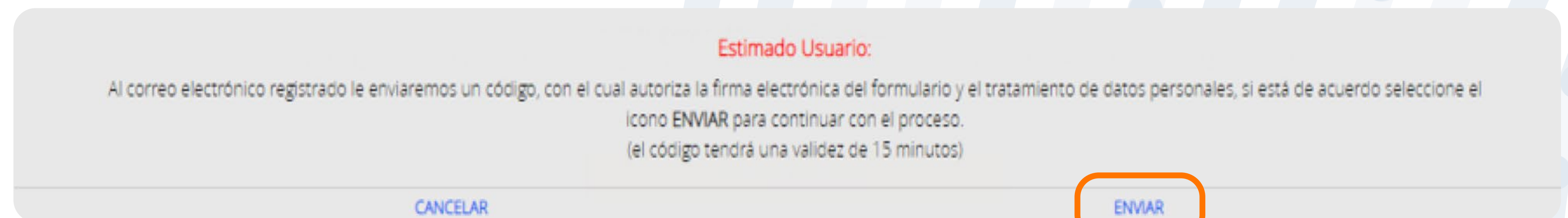
Para realizar el proceso de firma del formulario electrónico debes ingresar al módulo **“Consulta estado Afiliación Independientes”** y da clic en el botón **“Firma del formulario”**



Clic en esta opción  
Consulta el estado  
de afiliación  
independientes

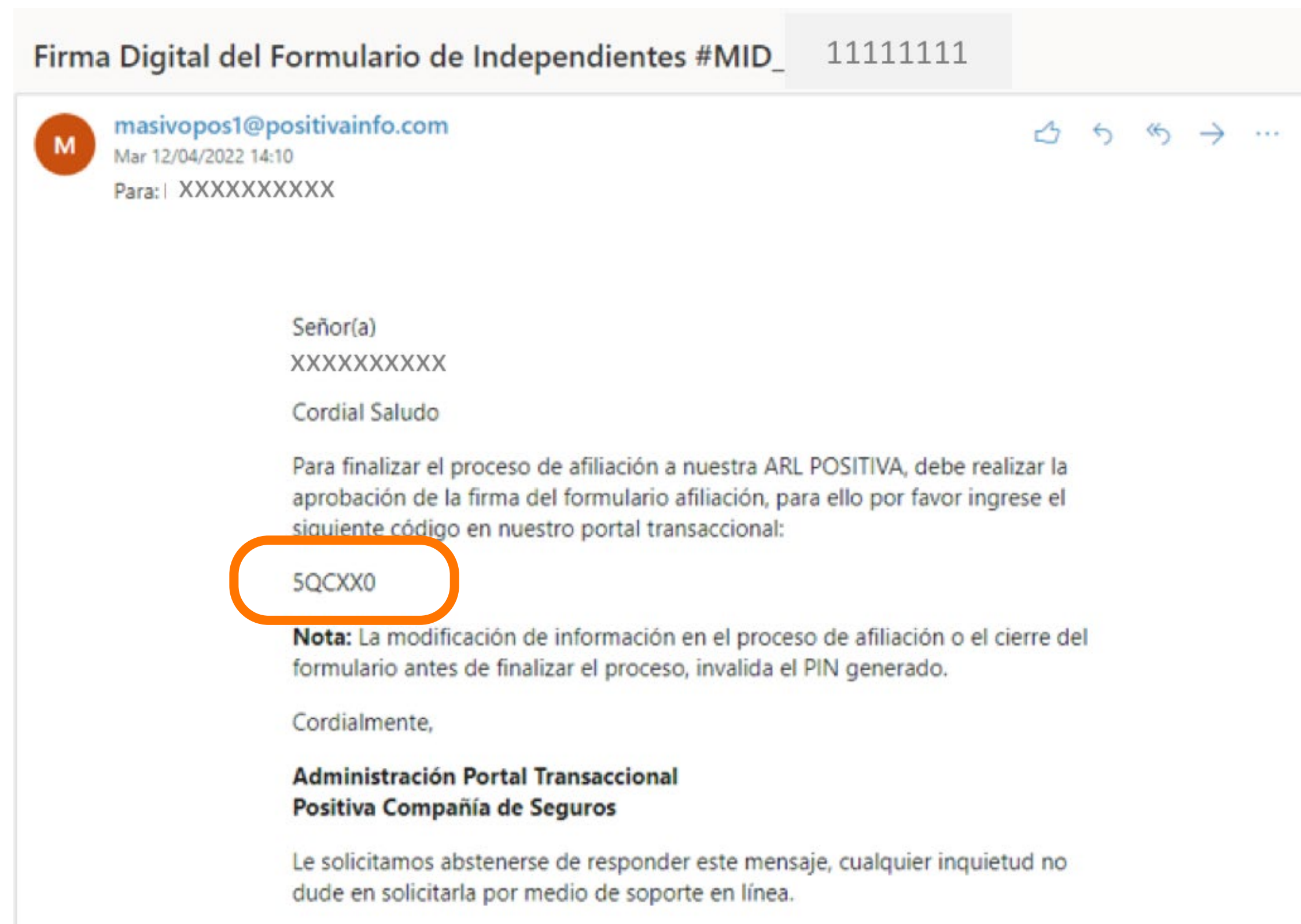


Luego se generará el siguiente mensaje, das clic en **Enviar**.

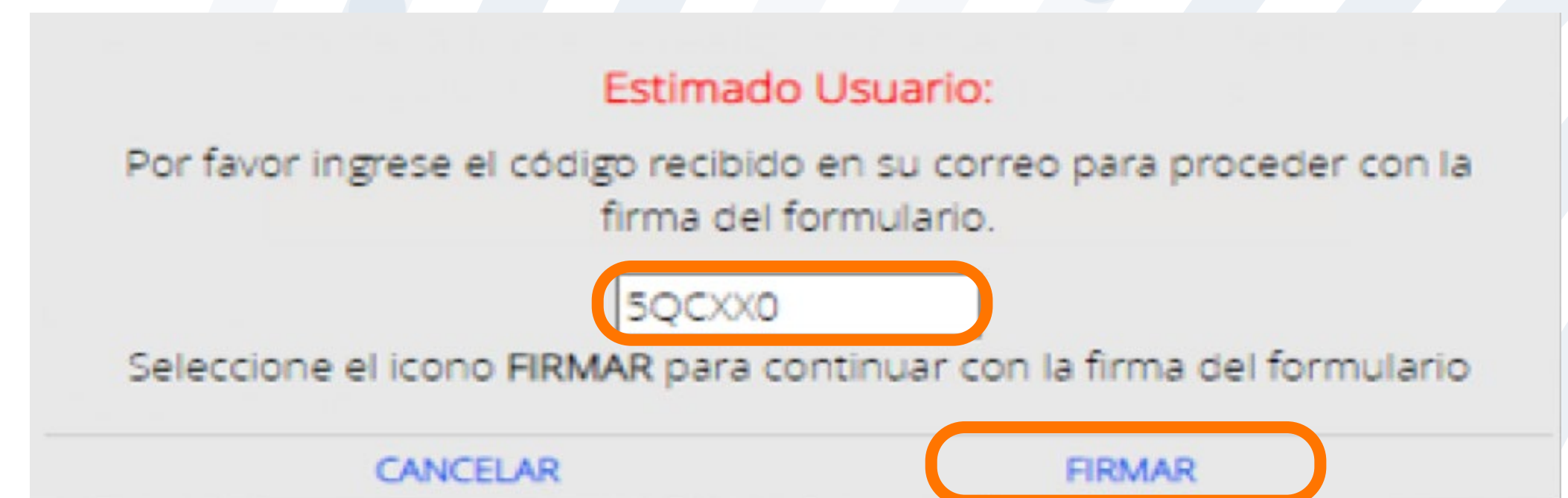


# PASO 19

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



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



# PASO 20

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, se transfiera a quien lo represente y regule la actividad 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 DE LA COTIZACIÓN \$3333333  
 \* ACTIVIDAD A EJERCITAR EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE EQI CODIGO 30.000.00  
 CARGO O OCUPACIÓN XXXXXXXXXXXX TAXISTA SI NO  
 DIRECCIÓN KR 12 12 12 DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO FLORIDABLANCA

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

\* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. N° NO. DE DOCUMENTO XXXXXXXXXXXX RAZÓN SOCIAL XXXXXXXXXXXX  
 CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1723001 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 epistada por el contratista. (Art. 11 Dec 72313)  
 DIRECCIÓN PRINCIPAL KM 2 176 DEPARTAMENTO SANTANDER MUNICIPIO FLORIDABLANCA  
 TELÉFONO XXXXXXXXXXXX FAX CORREO ELECTRÓNICO XXXXXXXXXXXX  
 \* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXXXX  
 NO. DE DOCUMENTO XXXXXXXXXXXX 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 REGULA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1385 DE 1994, LEY 778 DE 1994, DECRETO 703 DE 2013, DECRETO 1485 DE 2014 Y DEMÁS NORMAS QUE REGULEN, 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 FALSEDADE 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



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 "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.  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](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:

- 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 FLORIDABLANCA a los (18) días del mes de abril del año 2022

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 Firma del Trabajador Independiente

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

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

# Formato de identificación de peligros.

**AREA NO. 1 FORMATO DE IDENTIFICACION DE PELIGROS**

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES  
(FUPSR) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Fecha de radicación (aaaa mm dd) 20220418  
Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd) 20220418

**I. TIPO DE TRAMITE**

Tipo de trámite Identificación de Peligros  Novedad

**II. NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUPSR**

Tipo de Novedad  Por cambio de ocupación u oficio  Suspensión contrato  Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral  
 Identificación de un nuevo peligro  Cambio de datos personales (dirección, teléfono)

Fecha de novedad (aaaa mm dd) XXXXXXXXXXXX

**III. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO**

Tipo documento  CC  CE  PA  TI  CD  PE  
Número de documento XXXXXXXXXXXX  
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa) 25/11/1993  
Dirección KR 12 12 12 Ciudad XXXXXXXXXXXX Departamento SANTANDER  
Teléfono 65555555 Teléfono móvil XXXXXXXXXXXX Correo electrónico XXXXXXXXXXXX  
Código Ocupación u Oficio 1431101  
Nombre de Ocupación u Oficio a la cual se va a afiliar XXXXXXXXXXXX  
Género  M  F Código EPS EPS005 Nombre EPS E.P.S. SANITAS S.A. Código AFP 231001  
Código ARL 14-23 Nombre ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Nombre AFP XXXXXXXXXXXX

**IV. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR**

Dirección: Teléfono: Teléfono celular:  
Ciudad BUCARAMANGA Departamento: SANTANDER

**V. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACIDENTE**

Tipo documento  CC  CE  PA  TI  CD  PE  
Número de documento CL 999 Dirección FLORIDABLANCA Ciudad SANTANDER Teléfono 3131313131

**V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x únicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diario)**

**V.I. PELIGROS FÍSICOS**

**ENERGÍA MECÁNICA**  
 RUIDO  VIBRACIÓN  PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS

**ENERGÍA TÉRMICA**  
 TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO  TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR

**ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA**  
 RADACIONES NO IONIZANTES  RADACIONES IONIZANTES

**V.II. PELIGROS QUÍMICOS**

**AGREGADOS MOLECULARES**  
 AEROSOLLES SÓLIDOS: Fibras, polvos y humos  AEROSOLLES LÍQUIDOS: Nebulas  GASES: Orgánicos o Inorgánicos  VAPORES

**V.III. PELIGROS BIOLÓGICOS**

**MICROORGANISMOS**  
 VIRUS  BACTERIAS  RICKETTSIAS  HONGOS

**ARTRÓPODOS**  
 CRUSTÁCEOS  ARÁCNIDOS  ROEDORES

**ANIMALES**  
 INVERTEBRADOS: Parásitos, Protozoos  VEGETALES: Muegas, Helechos, Semillas  INVERTEBRADOS

**V.IV. PELIGROS ERGONÓMICOS**

**CARGA FÍSICA**  
 ESTÁTICA: Posturas inadecuadas, prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, anómalas.  
 DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.

**DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO**  
 PLANOS DE TRABAJO INADECUADO  ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO

**V.V. PELIGROS DE SEGURIDAD**

**FÍSICO-QUÍMICO**  
 INCENDIO  EXPLOSIÓN  FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS  REACCIONES QUÍMICAS

**ELECTRICO**  
 ALTA TENSIÓN (= 37.5 Kilovolts a 230 Kilovolts)  
 MEDIA TENSIÓN (= 1000 Volts a = 37.5 kilovolts)  
 BAJA TENSIÓN (= 25 Volts A = 1000 Volts)  
 EQUIPOS ELÉCTRICOS (chocques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)  
 TABLEROS ELÉCTRICOS (chocques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)  
 INSTALACIONES ELÉCTRICAS (chocques eléctricos, arco eléctrico, electrocución)

**MECÁNICOS**  
 MÁQUINAS Y EQUIPOS  HERRAMIENTAS (chocques, golpes, esparcimientos)  
 MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piones, etc)  
 EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)

**LOCATIVOS**  
 TRABAJO EN ALTURAS  ORDEN Y ASEO  ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)  
 DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)  
 INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)

**V.VI. PELIGROS FENÓMENOS NATURALES**

TERREMOTOS  
 INUNDACIONES  
 AVALANCHAS  
 ERUPCIÓN VOLCÁNICA  
 TORMENTAS

**V.VI. PELIGROS PÚBLICOS**

HURTO  
 MANIFESTACIÓN  
 TERRORISMO  
 EXTORSIÓN Y BOLETEO  
 SECUESTRO

**V. VII. PELIGROS PSICOSOCIALES FACTORES DE RIESGO**

MARQUE CON UNA X	CONDICIONES INTRALABORALES		CONDICIONES EXTRALABORALES	
	SI	NO	SI	NO
Se maneja gran cantidad de información, es complejo y/o debe emplearse de manera simultánea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	<input checked="" type="checkbox"/>
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	<input checked="" type="checkbox"/>
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	<input checked="" type="checkbox"/>
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o en descanso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CONTROL	SI	NO	SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	<input checked="" type="checkbox"/>


CON ESTE FORMATO SE PERFECIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Formulario Firmado Electrónicamente / 2022-04-18 / 15:37:56

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma del Trabajador: \_\_\_\_\_ Firma del Funcionario de la ARL: \_\_\_\_\_

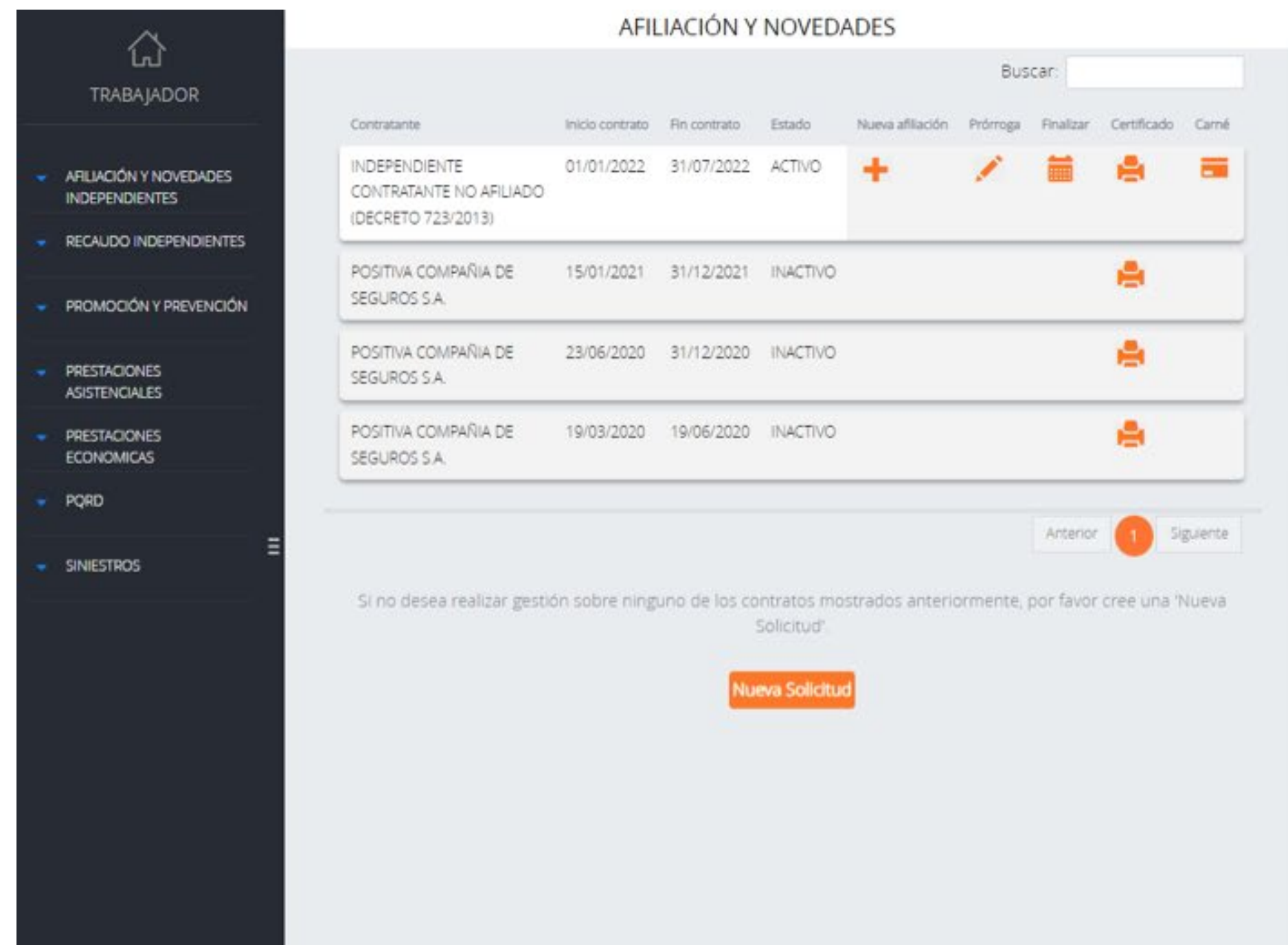


Para conocer tu estado de afiliación y la fecha de cobertura, ingresa al portal transaccional con el usuario y contraseña asignado, luego das clic en la imagen , lee el anuncio y da clic en **Entendido**.

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

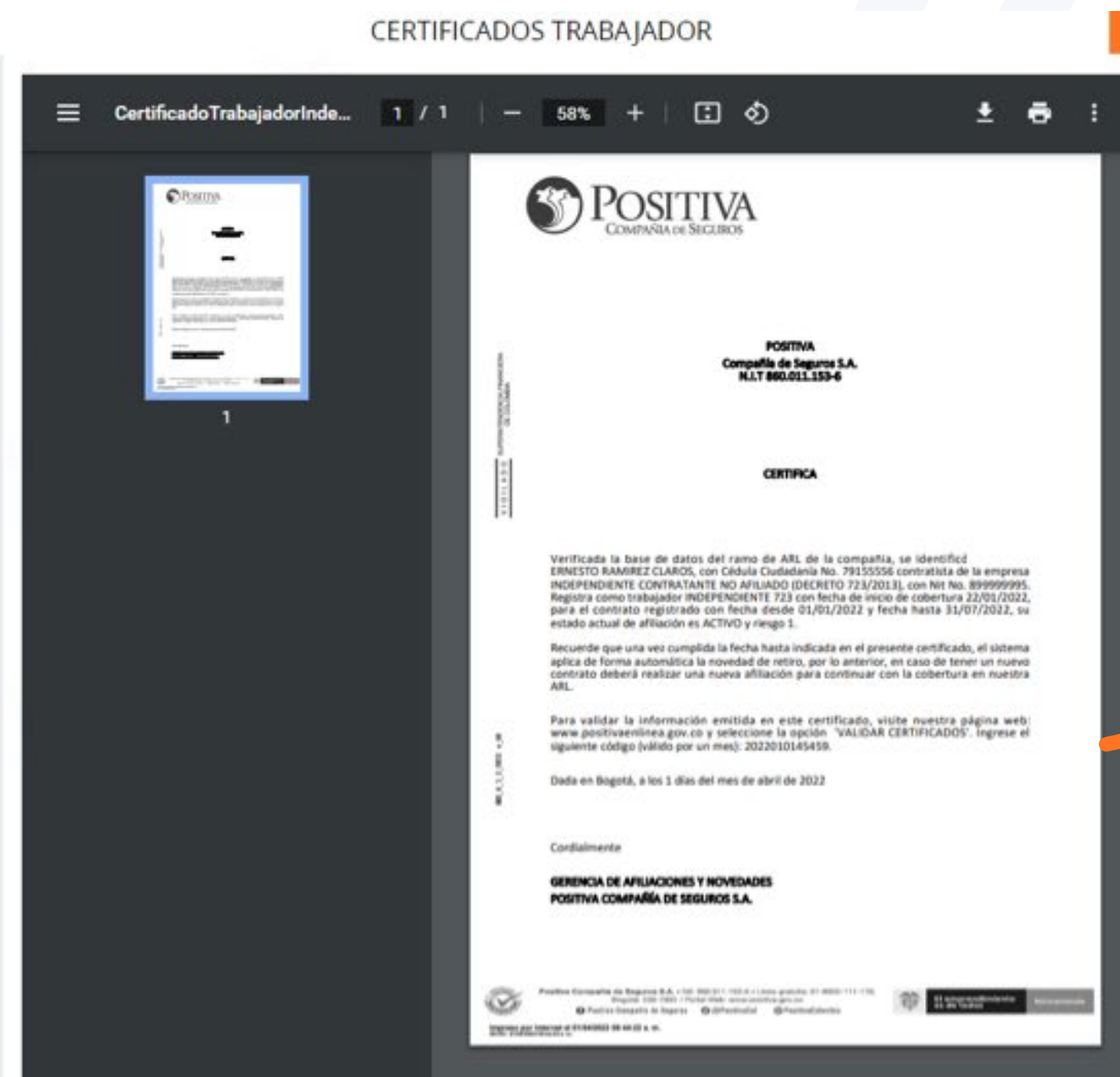


Contratante	Inicio contrato	Fin contrato	Estado	Nueva afiliación	Prórroga	Finalizar	Certificado	Carné
INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)	01/01/2022	31/07/2022	ACTIVO	+				
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	15/01/2021	31/12/2021	INACTIVO					
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	23/06/2020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

Anterior 1 Sigiente

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

Nueva Solicitud



CertificadoTrabajadorInde... 1 / 1 58%

POSITIVA  
Compañía de Seguros S.A.  
N.L.T. 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificado la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó ERNESTO RAMÍREZ CLAROS, con Cédula Ciudadanía No. 79155556 contratista de la empresa INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013), con Nit No. 899999999, Registrado como trabajador INDEPENDIENTE 723 con fecha de inicio de cobertura 22/01/2022, 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 retro, 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.positivaseguros.gov.co](http://www.positivaseguros.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2022010145459.

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.