



ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES  
www.positiva.gov.co  
Calle 99 No. 10-08 Bogotá, D.C.

## FORMULARIO DE VINCULACION DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

No. **1847500**

CONSECUTIVO

Lugar:

Fecha y Hora:

Número de Póliza:

Fecha de inicio de cobertura

**FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS  
RECUADROS. LA AFILIACION DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE ES VOLUNTARIA.**

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para explorar el ramo de seguros de Riesgos  
Profesionales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995.

### I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input type="radio"/> C <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P	PRIMER APELLIDO			
		SEGUNDO APELLIDO			
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
FECHA NACIMIENTO	A N O	M E S	D I A	SEXO <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	NACIONALIDAD
EPS ACTUAL		AFP ACTUAL			
DIRECCION RESIDENCIA					
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO			
TELEFONO RESIDENCIA	CORREO ELECTRONICO				
OCUPACION U OFICIO	CODIGO				
ENTIDAD CONTRATANTE No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input type="radio"/> C <input type="radio"/> N <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P <input type="radio"/> DV	NOMBRE O RAZON SOCIAL			
AFILIACIONES A OTRAS ARP	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	POR FAVOR MARQUE CUAL?	14-4 COLPATRIA <input type="radio"/>	14-8 AURORA <input type="radio"/>	14-18 LIBERTY <input type="radio"/>
			14-7 BOLIVAR <input type="radio"/>	14-17 ALFA <input type="radio"/>	14-25 COLMENA <input type="radio"/>
					14-28 SURA <input type="radio"/>
					14-29 EQUIDAD <input type="radio"/>
					14-30 MAPFRE <input type="radio"/>

### II. INFORMACION DEL CONTRATO

CONTRATO VERBAL <input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>	PUBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/>	PAGO DE LA MES ANTICIPADO <input type="checkbox"/>
CONTRATO ESCRITO <input type="checkbox"/>							NO <input type="checkbox"/>	COTIZACION MES VENCIDO <input type="checkbox"/>
FECHA INICIO DEL CONTRATO	A N O	M E S	D I A	FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO	A N O	M E S	D I A	No. DE MESES DEL CONTRATO
DIAS 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 COTIZACION					
ACTIVIDAD A EJECUTAR	CLASE DE RIESGO							
CLASE DE RIESGO CENTRO DE TRABAJO	DIRECCION CENTRO DE TRABAJO							
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO							
TELEFONO	FAX		CORREO ELECTRONICO					

### III. INFORMACION DEL CONTRATANTE

ENTIDAD CONTRATANTE No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input type="radio"/> C <input type="radio"/> N <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P <input type="radio"/> DV	NOMBRE O RAZON SOCIAL				
DIRECCION PRINCIPAL						
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO					
TELEFONO	FAX		CORREO ELECTRONICO			
ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	CODIGO					CLASE DE RIESGO
DATOS REPRESENTANTE LEGAL No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input type="radio"/> C <input type="radio"/> N <input type="radio"/> T <input type="radio"/> E <input type="radio"/> P	PRIMER APELLIDO				
		SEGUNDO APELLIDO				
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACION DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 100 DE 1993, DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

ES MI VOLUNTAD AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE HA SIDO SUMINISTRADA.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARP

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA CLASE DE RIESGO TARIFA

NOMBRE  
CARGO

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA ARP

FIRMA FUNCIONARIO ARP