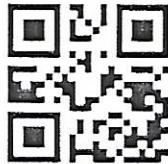




ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

2017020602103945679701



DE NOVEDAD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN
DEL TRABAJADOR **DEPENDIENTE**
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

STICKER DE RADICACIÓN



TRAMITE	TIPO DE VINCULACIÓN	
<input checked="" type="radio"/> AFILIACIÓN	<input checked="" type="radio"/> DEPENDIENTE	<input type="radio"/> SERVICIO DOMÉSTICO
<input type="radio"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="radio"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="radio"/> APRENDIZ SENA
	<input type="radio"/> OTRO	

II. INFORMACION DEL EMPLEADOR

* No. DE DOCUMENTO: 900567821 TIPO DOC. C N T E P DV: 9 NOMBRE O RAZON SOCIAL: AOXLAB SAS

III. INFORMACION DEL TRABAJADOR

* No. DE DOCUMENTO: 1039456797 TIPO DOC. C T E P PRIMER APELLIDO: RENDON
SEGUNDO APELLIDO: AROYAVE
PRIMER NOMBRE: ANDI SEGUNDO NOMBRE: YHORDIANA
* FECHA NACIMIENTO: 1992-03-30 SEXO: F SALARIO: \$1.500.000 NACIONALIDAD: COLOMBIANA
EPS ACTUAL: CAFESALUD S.A. AFP ACTUAL: COLFONDOS
DIRECCIÓN RESIDENCIA: CLL76SUR#47-643
DEPARTAMENTO RESIDENCIA: ANTIOQUIA MUNICIPIO RESIDENCIA: SABANETA
CELULAR O TELÉFONO FIJO: 6001548 CORREO ELECTRÓNICO:
OCUPACIÓN CARGO ACTUAL: OPERARIO DE PRODUCCION TELETRABAJADOR: SI NO

IV. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO

CODIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851401 DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
MUNICIPIO: MEDELLIN TELÉFONO: 4447286
DIRECCIÓN: CRA 77B 48C 64

V. INFORMACION DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)

1. TIPO DOC. C U T E P R No. DE DOCUMENTO: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
FECHA NACIMIENTO: SEXO: PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

2. TIPO DOC. C U T E P R No. DE DOCUMENTO: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
FECHA NACIMIENTO: SEXO: PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

3. TIPO DOC. C U T E P R No. DE DOCUMENTO: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
FECHA NACIMIENTO: SEXO: PARENTESCO: Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

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

NOMBRE: ELBA MARIA LOPERA PEREZ
C.C.: 21470832

Elba Lopera
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

Andi Rendon
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

Autógrafa de la Dependiente, o de su representante legal, para aceptar el cargo de seguro de riesgos laborales, mediante Resolución No. 3147 del 28 de febrero de 1979, para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.