



ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

2017062702109878295802



DE NOVEDAD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN
DEL TRABAJADOR **DEPENDIENTE**
MINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
STICKER DE RADICACIÓN



TRÁMITE	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	

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR

* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC.	C	N	T	E	P	DV	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900567821			<input checked="" type="radio"/>				9	AOXLAB SAS

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR

* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC.	C	T	E	P	PRIMER APELLIDO	ARENAS		
1098782958			<input checked="" type="radio"/>			SEGUNDO APELLIDO	PEDROZO		
PRIMER NOMBRE	JEAN	SEGUNDO NOMBRE	CARLO						
* FECHA NACIMIENTO	A	M	D	SEXO	M	SALARIO	\$858.675	NACIONALIDAD	COLOMBIANA
1995		12	24	F					
EPS ACTUAL	CAFESALUD EPS-S REGIMEN SUBSIDIAD	AFP ACTUAL	PROTECCION						
DIRECCION RESIDENCIA	CLL38#150-02	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	ANTIOQUIA	MUNICIPIO RESIDENCIA	COPACABANA				
CELULAR O TELEFONO FIJO	3206405177	CORREO ELECTRONICO							
OCCUPACION CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE CONTABILIDAD	TELETRABAJADOR	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>						

III. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	3851401	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	MEDELLIN	TELÉFONO	4447286
DIRECCION	CRA 77B 48C 64		

IV INFORMACION DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)

1	TIPO DOC.	C	U	T	E	P	R	PRIMER APELLIDO	
	No. DE DOCUMENTO							SEGUNDO APELLIDO	
	PRIMER NOMBRE							SEGUNDO NOMBRE	
	FECHA NACIMIENTO	A	M	D	SEXO	M	PARENTESCO	Cónyuge	Padres
								Compañero permanente	Hijos
									Hijos inválidos
2	TIPO DOC.	C	U	T	E	P	R	PRIMER APELLIDO	
	No. DE DOCUMENTO							SEGUNDO APELLIDO	
	PRIMER NOMBRE							SEGUNDO NOMBRE	
	FECHA NACIMIENTO	A	M	D	SEXO	M	PARENTESCO	Cónyuge	Padres
								Compañero permanente	Hijos
									Hijos inválidos
3	TIPO DOC.	C	U	T	E	P	R	PRIMER APELLIDO	
	No. DE DOCUMENTO							SEGUNDO APELLIDO	
	PRIMER NOMBRE							SEGUNDO NOMBRE	
	FECHA NACIMIENTO	A	M	D	SEXO	M	PARENTESCO	Cónyuge	Padres
								Compañero permanente	Hijos
									Hijos inválidos

EL CONTENIDO DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL 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 Lopez
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
O PERSONA AUTORIZADA

Jean Arenas
FIRMA DEL TRABAJADOR

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

OPX/PRES

Junio - 2014 SF. 31002

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de riesgos laborales, mediante Resolución No. 3187 del 23 de Diciembre de 1997, para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
 VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DISTRIBUCION GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA