



POSITIVA
 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
 NIT 860.011.153-6

**FORMULARIO DE NOVEDADES DE INGRESO Y/O RETIRO DEL
 TRABAJADOR DEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE
 RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES
 www.positiva.gov.co

Calle 99 No. 10-08 Bogotá, D.C.

No. 0000001

CONSECUTIVO

Lugar:

Fecha y Hora:

Número de Póliza:

**FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA
 Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS**

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

AFILIACION CIUDAD FECHA DILIGENCIAMIENTO RETIRO FECHA DE RETIRO

ACTUALIZACION AÑO MES DIA AÑO MES DIA

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR

No. DE DOCUMENTO TIPO DOC. C N T E P DV NOMBRE O RAZON SOCIAL

DIRECCION PRINCIPAL

MUNICIPIO DEPARTAMENTO

TELEFONO SUCURSAL CORREO ELECTRONICO

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR

No. DE DOCUMENTO TIPO DOC. C T E P PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA SEXO M F SALARIO NACIONALIDAD

EPS ACTUAL AFP ACTUAL

DIRECCION RESIDENCIA

MUNICIPIO DEPARTAMENTO

TELEFONO RESIDENCIA CORREO ELECTRONICO

OCUPACION CARGO ACTUAL CODIGO

III. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO

CODIGO CENTRO DE TRAB. CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA CLASE RIESGO TARIFA CENTRO TRAB % TELEFONO

DIRECCION

MUNICIPIO DEPARTAMENTO

IV. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

1 TIPO DOC. C N T E P R PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

No. DE DOCUMENTO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

2 TIPO DOC. C N T E P R PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

No. DE DOCUMENTO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

3 TIPO DOC. C N T E P R PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

No. DE DOCUMENTO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA SEXO M F PARENTESCO Cónyuge Compañero permanente Padres Hijos Hermanos inválidos Hijos inválidos

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

NOMBRE C.C. CARGO FIRMA REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

NOMBRE C.C. FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE CARGO FIRMA FUNCIONARIO ARP

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA