

	CERTIFICACION SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GH-R-037
		FECHA VIGENCIA: 2016-10-26
		VERSIÓN: 03
		Página 1 de 1

Ibagué, enero 24 del 2022

EL PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

C E R T I F I C A:

Que el Doctor FERNANDO VARON PALOMINO, Cedula de ciudadanía No. 14220262 de Ibagué, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA suscribió el contrato Prestación de Servicios Profesionales No. 009 del 20 de enero del 2022, cuyo objeto es CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO GRADO 05 PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL PROCESO DE GESTION JURIDICA DE LA EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL, allego documentación solicitada de acuerdo a los requerimientos de seguridad y salud en el trabajo a cumplir por parte de los contratistas y realizo la inducción en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo del IBAL SA ESP OFICIAL, (Decreto 1072 Capítulo VI de 2015), el cual incluye:

- Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST
- Inducción a la Política de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- Inducción de los objetivos integrales del IBAL.
- Inducción a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales,
- Que hacer en caso de accidente de trabajo.
- Inducción al cargo como responsabilidad en salud en el trabajo, DECRETO 1072/2015
- Inducción al Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de la empresa.
- Inducción a los factores de riesgos, elementos de protección personal, uso adecuado de los elementos de protección personal.
- Inducción a la Política de Prevención del alcohol, tabaco y drogas de la empresa
- Que hacer en caso de emergencia – Puntos de encuentro en la empresa.
- Auto Reporte de las Condiciones de Trabajo y de Salud por parte de los trabajadores o Contratistas.
- Socialización de la Política de Seguridad Vial.
- Manual de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo para contratistas.
- Protocolos de seguridad y salud en el trabajo del IBAL SA ESP OFICIAL.
- Socialización sobre familia de coronavirus y COVID-19, Presentación de sintomatología principal de las infecciones generadas del COVID-19.
- Socialización de medidas de prevención promoviendo el lavado correcto de manos con la técnica prevista por el ministerio de salud y protección social
- Socialización de medidas de prevención de distanciamiento social y sus formas eficaces para mantener la distancia física.
- Socialización de medidas de prevención sobre el uso correcto y adecuado de tapabocas, mascarilla quirúrgica o cubre bocas.

Se expide con destino al interesado.



CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO
Profesional Salud Ocupacional



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co



FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2022012403001422026201

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC		PRIMER APELLIDO	VARON
No. DE DOCUMENTO		SEGUNDO APELLIDO	PALOMINO
14220262			
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FERNANDO			
* FECHA NACIMIENTO	AÑO 1955	MESES 07	DIA 16
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD
COLOMBIA			
EPS ACTUAL		AFP ACTUAL	
E.P.S. SANITAS S.A.		PORVENIR	
DIRECCIÓN RESIDENCIA			
AV 69 10A 214 CO TEREKAY BQ Q 2 AP 404			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TOLIMA		IBAGUE	
CELULAR O TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO	
2783842		VARONPALOMINO55@GMAIL.COM	

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO:	ADMINISTRATIVO <input checked="" type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>			
* FECHA INICIO	AÑO 2022	MESES 01	DIA 25	* FECHA DE TERMINACIÓN	AÑO 2022	MESES 07	DIA 25	No. DE MESES			
								6			
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO				DE				06:00	AM <input checked="" type="checkbox"/>		
LUNES <input checked="" type="checkbox"/>				MARTES <input type="checkbox"/>				MIÉRCOLES <input type="checkbox"/>			
JUEVES <input type="checkbox"/>				VIERNES <input type="checkbox"/>				SABADO <input type="checkbox"/>			
DOMINGO <input type="checkbox"/>				DE				06:00	AM <input type="checkbox"/>		
VALOR TOTAL		VALOR MENSUAL		* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN							
\$30000000		\$5000000		\$2000000							
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES JURIDICAS INCLUYE L						CÓDIGO				
						1741101					
CARGO U OCUPACIÓN								TAXISTA			
ABOGADOS								SI <input type="checkbox"/>			
NO <input checked="" type="checkbox"/>											
DIRECCIÓN				MUNICIPIO							
KR 3A 1 04				IBAGUE							
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO							
TOLIMA				IBAGUE							

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE	TIPO DOC. NI	EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y	
No. DE DOCUMENTO	DV 6	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
800089809		ALCANTARILLADO IBAL SA ESP OFICIAL	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA		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 ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
CENTRO DE TRABAJO		1014001	
DIRECCIÓN PRINCIPAL			
CARRERA 3 NUMERO 104 B/ POLA			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TOLIMA		IBAGUE	
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
2756000		SGENERAL@IBAL.GOV.CO	
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO		TIPO DOC. CC	
No. DE DOCUMENTO		PRIMER APELLIDO	
52905413		PALMA	
		SEGUNDO APELLIDO	
		HUERTAS	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ERIKA		MELISSA	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

1741101

CLASE DE RIESGO

1

TARIFA

0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

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 mí (los "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 clausulado 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 1480 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 mercadeo, 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; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) 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; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) 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 todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman 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
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 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:
a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. 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.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. 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.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de IBAGUE a los (24) días del mes de ENERO del año 22

FERNANDO VARON PALOMINO

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co