Diligencie los siguientes datos y suministre el dato de la Administradora de Riesgos Laborales a la cual desee afiliarse.

|  |  |
| --- | --- |
| **ARL**: |  |
| Nombres y apellidos completos: |  |
| Número de documento de identificación: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Dirección de residencia: |  |
| Ciudad de residencia: |  |
| Nro. de celular: |  |
| Correo electrónico: |  |
| EPS: |  |
| Fondo de pensiones: |  |
| Firma aspirante a contratar: |  |
| Fecha en que se diligencia: |  |

Nota: Este formato se debe diligenciar únicamente por el aspirante a celebrar un contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión que desee afiliarse a la Administradoras de Riesgos Laborales Positiva o SURA. Será de responsabilidad del aspirante aportar de manera veraz y completa la información requerida en este formato para la correspondiente afiliación.

Para los demás casos, una vez perfeccionado el contrato, el Contratista deberá realizar directamente la afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales de su elección y allegar al Instituto, el certificado que acredite la afiliación, con datos de Entidad Contratante - Instituto Geográfico Agustín Codazzi, fecha de inicio de cobertura, fecha fin de contrato y actividad económica (riesgo laboral), con la finalidad de poder validar la debida cobertura de la afiliación durante el plazo de ejecución del contrato celebrado.

**ESTA NOTA QUE SE HACE EN EL FORMATO (fuente de color ROJO), CONSTITUYE UNA ORIENTACIÓN QUE NO DEBE HACER PARTE DEL DOCUMENTO DEFINITIVO.**