

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO PARA AFILIACIÓN INDEPENDIENTE CON
CONTRATO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS EMPRESA AFILIADA A LA ARL AXA COLPATRIA
(SUPERIOR A 1 MES - Decreto 723 de 2013)**

Pensando en facilitar los trámites con la ARL hemos diseñado un nuevo canal donde podrás radicar tus solicitudes y hacerles seguimiento. Para radicar la solicitud de afiliación ingresa a [https://axacolpatria.my.site.com/serviciosarl/s/Trabajador independiente/Afiliaciones y Novedades/Afiliaciones Independientes con Contrato con empresa vinculada a la ARL AXA COLPATRIA](https://axacolpatria.my.site.com/serviciosarl/s/Trabajador_independiente/Afiliaciones_y_Novedades/Afiliaciones_Independientes_con_Contrato_con_empresa_vinculada_a_la_ARL_AXA_COLPATRIA).

No diligenciar los campos que no se mencionen en este instructivo, debe estar sin tachones ni enmendaduras, la información que se solicita debe estar completa y legible.

Fecha de radicación: corresponde a la fecha en la envían los documentos completos y que cumplen todos los requisitos dentro del horario hábil de radicación y la fecha inicio cobertura: es la fecha de vigencia a la ARL como lo indica la ley al día siguiente de la radicación. NO DILIGENCIAR ESTOS CAMPOS.



ANEXO TÉCNICO

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES
DE TRABAJADORES, CONTRATISTAS Y ESTUDIANTES AL SISTEMA GENERAL
DE RIESGOS LABORALES**

No. DE RADICACIÓN	Fecha de radicación	Día	Mes	Año	Fecha inicio cobertura	Día	Mes	Año
-------------------	---------------------	-----	-----	-----	------------------------	-----	-----	-----

I. DATOS DEL TRÁMITE:

- Tipo de trámite: Afiliación
- Tipo de afiliación: Individual
- Tipo de afiliado: Independiente
- Código: 59 IND. CON CONTRATO
- Subtipo de afiliación: marcar pensionado o conductor SOLO SI APLICA.

I. DATOS DEL TRÁMITE					
1. Tipo de trámite	A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de afiliación	A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Tipo de aportante Código
4. Tipo de afiliado	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Independiente voluntario a riesgos laborales <input type="checkbox"/>	D. Trabajador penitenciario <input type="checkbox"/>	E. Estudiante <input type="checkbox"/>
	F. Voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales <input type="checkbox"/>		G. Dependiente trabajador de tiempo parcial con varios empleadores <input type="checkbox"/>		

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN

- En estos campos debe diligenciar los datos del Contratante.
- Diligenciar nombre o razón social, tipo y número de documento como esté registrado en Cámara de Comercio o Rut.

- Dirección, teléfono fijo (sino tiene fijo diligenciar el mismo u otro número de celular), teléfono celular, correo electrónico, Municipio, Departamento, marcar la zona y si aplica la localidad o comuna.
- Código de la actividad económica (diligenciar los 7 dígitos): validar con el contratante el código de actividad que tienen creada o diligenciar el código CIU principal que registran en el RUT de la empresa contratante y marcar la clase de riesgo de acuerdo al CIU principal.

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (Datos básicos y generales)					
6. Nombre / Razón social					
7. Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					8. Número
9. Ubicación / Sede principal Dirección			Teléfono	Celular	
Correo electrónico			Distrito / Municipio		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Localidad / Comuna			Departamento		
10. Código de la actividad económica			11. Clase de riesgo I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>		

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO:

- Diligenciar completamente los datos personales que se solicitan del contratista o trabajador independiente.
 - Indicar claramente el tipo de documento:
 Recuerde que las afiliaciones deben realizarse con los documentos expedidos y permitidos por la legislación de Colombia: Tarjeta de Identidad (TI), Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE), Pasaporte (PA), Permiso Especial de Permanencia (PE), Permiso de Protección Temporal (PT), Salvo Conducto (SC) o Carné Diplomático (CD), pero expedidos por Migración o Registraduría de Colombia (no son permitidos los documentos expedidos en países diferentes a Colombia).

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO					
A. AFILIACIÓN					
12. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
13. Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					14. Número
16. Sexo identificación M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					15. Sexo biológico M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
					17. Fecha de nacimiento Día Mes Año

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO:

- Diligenciar los datos: EPS, AFP (fondo de pensiones) donde se encuentra afiliado el trabajador independiente, Dirección residencia, teléfono fijo (si no tiene fijo diligenciar el mismo u otro número de celular), teléfono celular, correo electrónico, Municipio, Departamento, marcar la zona y si aplica la localidad o comuna.
- El Ingreso Base de Cotización (IBC) es 40% del valor del ingreso mensual, pero este no puede ser inferior a un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV), si es inferior deben colocar el mínimo, ni superior a 25 SMMLV.

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO (Datos personales)					
17. Entidad Promotora de Salud (EPS)		18. Administradora de Pensiones		19. Ingreso Base Cotización (IBC)	
20. Dirección de residencia			Teléfono	Celular	
Correo electrónico			Distrito / Municipio		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Localidad / Comuna			Departamento		

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO:

- Modalidad: marcar si es presencial o teletrabajo.

- Sitio de trabajo: Marcar si trabaja en la sede principal de la empresa o en un centro de trabajo, si el trabajo es en casa o por fuera de las instalaciones de la empresa, marque B. Centro de trabajo.
- Código de la actividad económica del trabajador(a) independiente (diligenciar los 7 dígitos): Validar con el contratante el riesgo que debe cotizar y el código de actividad que tiene registrada la empresa para dicho riesgo en la ARL AXA COLPATRIA, debe registra dicho código o solo indicar claramente el riesgo.
- Clase de riesgo: IBC por la tasa nos da el valor de la cotización a la ARL.
 - Clase de Riesgo I: Tasa 0,522%
 - Clase de Riesgo II: Tasa 1,044%
 - Clase de Riesgo III: Tasa 2,436%
 - Clase de Riesgo IV: Tasa 4,350%
 - Clase de Riesgo V: Tasa 6,960%
 Por favor marque la clase de riesgo que realmente corresponda a su labor.
- Código de la ocupación de oficio: deben buscar el código de 4 dígitos que más se asemeje a la labor que realiza o indicar el nombre (se anexa archivo con los códigos).
- Diligenciar los demás datos del sitio de trabajo: dirección, teléfono, celular, correo electrónico, Municipio, Departamento, marcar la zona y comuna si aplica. Si es teletrabajo o no tiene un lugar fijo de trabajo, debe diligenciar los mismos datos del ítem III (datos de residencia).

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA					
22. Modalidad		23. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa		26. Código de la ocupación u oficio	
A. Presencial <input type="checkbox"/>	B. Teletrabajo <input type="checkbox"/>	A. Sede principal <input type="checkbox"/> B. Centro de trabajo <input type="checkbox"/>			
C. Trabajo en casa <input type="checkbox"/>	D. Trabajo remoto <input type="checkbox"/>				
24. Código de la actividad económica		25. Clase de riesgo			
		I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV. <input type="checkbox"/> V. <input type="checkbox"/>			
27. Dirección del sitio de trabajo			Teléfono	Celular	
Correo electrónico			Distrito / Municipio		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
Localidad / Comuna			Departamento		


VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO:

- Denominación del cargo: Ingresar el cargo o labor que realiza (ejemplo: auxiliar de cocina, enfermera, ingeniero, abogado, oficial de obra, etc.).
- Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes:
 - Diligenciar el tipo de contrato: Civil, Comercial o Administrativo.
 - Indicar la fecha inicial y la fecha final del contrato, si el contrato especifica que es indefinido puede colocar la palabra INDEFINIDO o 31/12/2050 que se toma como indefinida, si coloca fecha fin exacta, el sistema lo retirará a esa fecha automáticamente, si coloca fecha indefinida, debe por medio de una carta solicitar el retiro cuando ya no requiera cotizar más a la ARL y radicar a través del portal público [https://axacolpatria.my.site.com/serviciosarl/s/TrabajadorIndependiente/Afiliaciones y Novedades/Otras Novedades](https://axacolpatria.my.site.com/serviciosarl/s/TrabajadorIndependiente/Afiliaciones%20y%20Novedades/Otras%20Novedades), la solicitud con la fecha exacta del retiro, así mismo debe reportar como mínimo 5 días antes de la terminación si el contrato es prorrogado para garantizar la cobertura.
 - Valor total de honorarios y valor mensual, tener en cuenta:
El valor total de honorarios es el valor total del contrato, si lo que tiene es el valor mensual entonces lo multiplica por el número de meses y así obtiene el valor

total, el valor mensual debe estar estipulado en el contrato, si no lo está porque por ejemplo cancelan por horas o no tiene un valor fijo establecido entonces colocan como mínimo el salario mínimo legal mensual vigente y máximo hasta 25 SMMLV y el IBC es el 40% del valor mensual, pero también debe ser como mínimo 1 SMMLV y máximo 25 SMMLV.

VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA					
Datos trabajador dependiente					
28. Denominación del cargo o del empleo					
Datos trabajador dependiente de tiempo parcial con varios empleadores					
29. Denominación del cargo o del empleo					
28. Datos trabajador remoto					
Actividades a ejecutar NO DILIGENCIAR					
Lugar en que se desarrollaran las actividades NO DILIGENCIAR					
Horario en el cual se ejecutarán las actividades NO DILIGENCIAR					
Clase de riesgo 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>					
Información de contratos adicionales trabajador remoto					
NIT Contratante	Descripción actividad desarrollada	Lugar en el que se desarrolla	Horario en el que se desarrolla	Clase de riesgo	Código actividad principal contratante
Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes					
29. Tipo de contrato		30. Fecha inicial		31. Fecha final	
32. Valor total honorarios		33. Valor mensual honorarios			
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales		34. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	35. Fecha final	NO DILIGENCIAR
Datos del trabajador penitenciario indirecto		36. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	37. Fecha final	NO DILIGENCIAR
38. Actividad principal NO DILIGENCIAR					
Datos estudiantes					
39. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	40. Fecha final	NO DILIGENCIAR	41. Actividad principal	NO DILIGENCIAR
42. Actividad secundaria NO DILIGENCIAR					
Datos del voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales		43. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	44. Fecha final	NO DILIGENCIAR
Datos relacionados con la dedicación de tiempo destinado a la ejecución del trabajo o la práctica formativa (Aplica para trabajadores dependientes y estudiantes)					
45. Jornada establecida		Jornada única	<input type="checkbox"/>	Por turnos	<input type="checkbox"/>
				Rotativa	<input type="checkbox"/>

- VII. No diligenciar (ítem solo para reporte de novedades).
- VIII. Leer y marcar las autorizaciones que le da a la ARL al firmar el formulario de afiliación.
- IX. FIRMAS: Por favor firmar el campo: RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN/AFILIADO.
El formulario debe estar firmado por el **Trabajador Independiente** en la parte inferior izquierda, la firma puede ser digital o diligenciar, imprimir, firmar y escanear (el escaner debe ser legible y las hojas completas). Para ver como anexar firma digital a PDF, por favor ver al final de este documento.

VIII. AUTORIZACIONES		
<input type="checkbox"/>	52. Autorización para que la ARL reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas, que por sus funciones la requieran.	
<input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la ARL maneje los datos personales del afiliado o del responsable de la afiliación, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1581 de 2012 y el Decreto 2377 de 2013.	
<input type="checkbox"/>	54. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
IX. FIRMAS		
		
_____	_____	
55. RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO	56. Representante legal AXA COLPATRIA Seguros de Vida, S.A.	
Con la firma contenida en el numeral 49, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.		
X. ANEXOS		
<input type="checkbox"/>	57. Fotocopia del documento de identificación.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	58. Formato diligenciado de la identificación de peligros.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	59. Certificado de resultados del examen preocupacional.	<input type="checkbox"/>

X. ANEXOS: Marcar los documentos anexos: Fotocopia del documento de identificación, (los demás documentos no aplican para este tipo de afiliación).

Para poder proceder con la afiliación en la ARL AXA COLPATRIA, debe remitir el formulario diligenciado y firmado con los demás documentos:

- ✓ **Contrato firmado por las partes** donde se estipule, modo u objeto, tiempo o plazo y valor y la fecha de inicio o aprobación.
 - Si es contrato electrónico para entidades públicas anexar el pantallazo del SECOP donde se evidencien los anteriores datos (objeto, tiempo o plazo, valor) y la fecha de aprobación.
- ✓ **Copia del documento de identidad** del trabajador independiente legible por ambos lados.
- ✓ **Certificados de EPS y AFP** no mayor a 30 días de expedidos donde registre vigente y que es independiente en régimen contributivo.
 - No se aceptan certificados de EPS en régimen subsidiado o como beneficiario, si está exento de cotizar a pensión por la edad, por favor indíquelo claramente en la solicitud y si es pensionado por favor anexar copia de la resolución o certificado de pensión.
 - Si el certificado de afiliación a la EPS no indica que es independiente, debe anexar soporte de la novedad radicada por la EPS o planilla de pago del último periodo cancelado como independiente.

Recuerde que:

- Si se encuentra afiliado en otra ARL como dependiente o con un contrato como independiente, debe afiliarse en la misma ARL ya que no puede tener **multi afiliación**. (Decreto 723 de 2013).
- El **pago de los aportes** los debe realizar por medio de la planilla PILA mes actual o mes vencido y su afiliación estará vigente hasta la fecha fin de contrato que reportó, si el contrato es prorrogado debe enviar el otro si o prórroga a través del portal público https://axacolpatria.my.site.com/serviciosarl/s/Trabajador_independiente/Afiliaciones_y_Novedades/Otras_Novedades, como mínimo 5 días hábiles antes de la terminación para garantizar la cobertura, de lo contrario deberá realizar el proceso de afiliación

nuevamente, si termina antes también debe hacer el reporte al mismo correo indicando la fecha exacta del retiro.

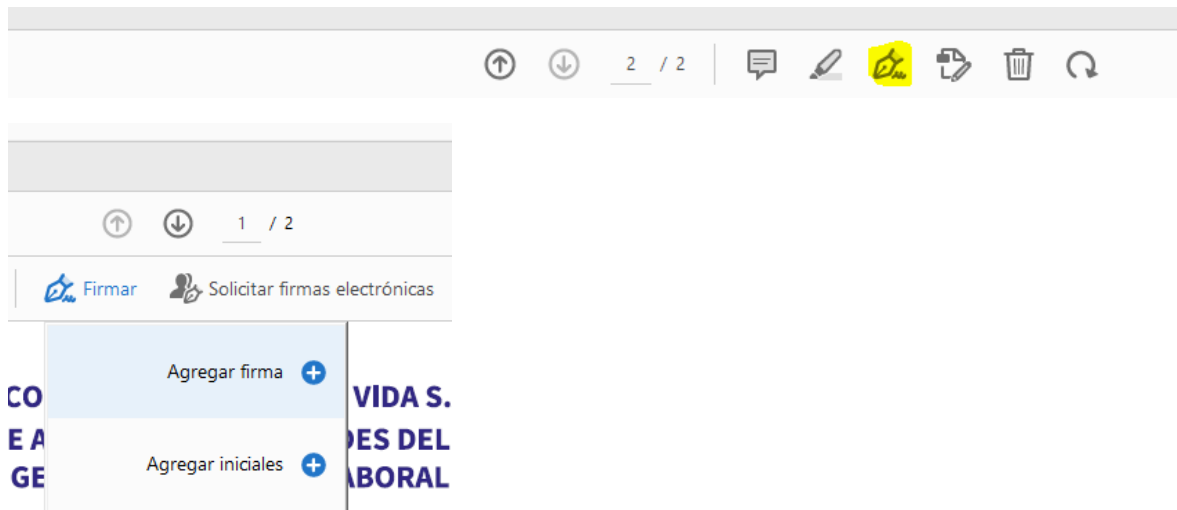
- Por política de seguridad de la información y protección de datos debe realizar el reporte de su afiliación o novedad desde su correo electrónico o del correo del contratante, no es posible procesar desde correos de terceros ajenos.

CÓMO ANEXAR FIRMA AL FORMULARIO PDF:

-Tenga su firma digitalizada, es decir, firme un documento en blanco, tome una foto, envíe esta foto a su correo y déjela guardada en su equipo como imagen en jpg. (una vez realizado esto, destruya el documento en blanco y elimine completamente del correo la firma por su protección).

-Ingrese al formulario donde requiere digitalizar la firma.

-En la parte superior derecha del archivo PDF aparece un icono en forma de pluma o en herramientas busque la opción Rellenar y firmar, de clic y luego en Firmar y Agregar Firma +.



-Elija el icono que dice imagen e inserte la imagen que tiene guardada en su equipo con la firma.

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR
AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES - SGRL**



Texto



Dibujar



Imagen

Escriba aquí su nombre.

Cancelar

Aplicar

Por favor absténgase de hacer la firma como texto ya que esta no sería su firma real y por el área validadora será devuelta inmediatamente.



Texto



Dibujar



Imagen

ARTURO GALVAIS

arturo galvis

Así se ve la firma cuando se hace como texto en PDF.



Horario de atención

Nuestro horario de atención a través de los canales digitales es de **lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**
Las solicitudes que lleguen después del horario se entenderán como recibidas a primero hora del siguiente día hábil.

Líneas de atención: #247 desde tu celular / Bogotá: 601 4235757 / Resto del país: 01-8000-512620.
Correo electrónico: aricolpatria@axacolpatria.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

f t y in G