



FORMATO

VERSIÓN: 1

CÓDIGO: GSAB-AP-FORM-002

FORMATO CUENTA DE COBRO

FECHA: 31/Enero/2025

FORMATO CUENTA DE COBRO

“La administradora de riesgos laborales de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., hará auditoria de tu solicitud y reembolsará solamente lo que resulte pertinente, atendiendo el principio de eficiencia que orienta el servicio público esencial de seguridad social.”

Ciudad de residencia		Día		Mes		Año	
Cuenta de cobro No.							

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A - ARL - NIT.860.002.183-9

DEBE A

Nombres y apellidos completos	
NIT o cédula	
La suma de (valor en letras)	
La suma de (valor en números)	

Por concepto de reembolso de: transporte ( ) hospedaje ( ) alimentación ( ), como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional sufrido por el (la) señor(a): \_\_\_\_\_ con cédula N° \_\_\_\_\_ ocurrido el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, para lo cual anexo los respetivos soportes originales y la relación de gastos.

Recuerda:

- Diligenciar todos los campos del formato con letra clara con el fin de evitar la devolución de tu cuenta de cobro. Para hacer efectivo el pago, debes anexar certificación bancaria del titular de la cuenta de cobro (trabajador y/o empresa), la fecha de expedición de esta no debe ser mayor a 30 días al momento de realizar la radicación de la solicitud. AXA COLPATRIA – ARL dará respuesta a tu solicitud de reembolso en máximo 30 días después de radicada.

Cordialmente,		Nombre completo del trabajador			
Firma del trabajador		Número de cédula del trabajador			
Dirección incluido nombre del barrio					
Teléfono fijo		Celular 1		Celular 2	
Correo electrónico					
Cuenta Bancaria No.:		Tipo Cuenta:	Ahorros	Corriente	Banco:

Oficina principal: Carrera 9 # 24 - 38 (Local 202 - Mezanine) • Bogotá D.C.-Colombia

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 57 57 en Bogotá, 01 8000 512 620 para el resto del país y desde celular #247 • www.axacolpatria.co botón Contáctanos

También cuentas con la Defensoría del Consumidor Financiero:

Teléfono móvil: 313 499 80 23 • detensoria@consuelorodriguezvalero.com

## RELACIÓN DE GASTOS

**Para el diligenciamiento de la relación de gastos se debe tener en cuenta:**

Relacionar el tipo de servicio recobrado como se detalla en el encabezado del formato, recuerda que por cada recorrido es preciso diligenciar una fila y así sucesivamente, tenga en cuenta que la sumatoria de esta relación debe coincidir con el valor registrado en su cuenta de cobro.

	TIPO DE SERVICIO	FECHA	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO	CONCEPTO:	VALOR
N°	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Bus urbano</li> <li>• Bus intermunicipal</li> <li>• Taxi</li> <li>• Hospedaje</li> <li>• Otros ¿Cuál?</li> </ul>	(En orden cronológico)	(Dirección / barrio / ciudad)	(Dirección / barrio / ciudad)	(Control, consulta, terapia, examen)	(Números claros)
1						\$
2						\$
3						\$
4						\$
5						\$
6						\$
7						\$
8						\$
9						\$
10						\$
11						\$
12						\$
13						\$
14						\$
15						\$

**\*Favor diligenciar todos los campos con letra legible.**

**Oficina principal:** Carrera 9 # 24 - 38 (Local 202 - Mezanine) • Bogotá D.C.-Colombia

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

**Teléfonos:** (57) 601 423 57 57 en Bogotá, 01 8000 512 620 para el resto del país y desde celular #247 • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co) botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

**Teléfono móvil:** 313 499 80 23 • [detensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:detensoria@consuelorodriguezvalero.com)