



FORMATO CUENTA DE COBRO

“La administradora de riesgos laborales de Axa Colpatría Seguros de Vida S.A, hará auditoría de su 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 respectivos soportes originales y la relación de gastos.

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:

Recuerde:

- Diligenciar **todos** los campos del formato con letra clara con el fin de evitar la devolución de su cuenta de cobro.
- Para hacer efectivo el pago, debe anexar **certificación bancaria** del titular de la cuenta de cobro (trabajador y/o empresa)
- AXACOLPATRIA – ARL dará respuesta a su solicitud de reembolso en máximo **30 días** después de radicada.

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7 - 90 piso 2, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 4959, 3412. Fax: Op. 1 ext. 3473, cfinanciero@defensoria.com.co



RELACIÓN DE GASTOS

Señor usuario, para el diligenciamiento de la relación de gasto se debe tener en cuenta:
 Relacionar el tipo de servicio recobrado como se detalla en el encabezado del formato, recuerde 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.

N°	TIPO DE SERVICIO <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Bus urbano • Bus intermunicipal • Taxi • Hospedaje • Otros ¿Cuál? 	FECHA (En orden cronológico)	LUGAR DE ORIGEN (Dirección/barrio/ciudad)	LUGAR DE DESTINO (Dirección/barrio/ciudad)	CONCEPTO: (control, consulta, terapia, examen)	VALOR (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.

SISTEMA DE ATENCIÓN AL CLIENTE
 AXA COLPATRIA

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co
Línea Integral de Atención al Cliente:
 Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • servicioalcliente@axacolpatria.co
 Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7 - 90 piso 2, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 4959, 3412. Fax: Op. 1 ext. 3473, cfinanciero@defensoria.com.co