


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																		
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.																															
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"/>																	
Código																															
5. Subtipo de afiliado		A. Pensionado <input type="checkbox"/>		B. Conductor servicio público <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?		Código																					
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																															
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		15. Sexo biológico		M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>					
16. Sexo identificación		M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/>		NB <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?		17. Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año											
IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO (Datos personales)																															
18. Entidad Promotora de Salud (EPS)		19. Administradora de Pensiones		20. Ingreso Base Cotización (IBC)		21. 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 O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA																															
22. Modalidad		A. Presencial <input type="checkbox"/>		B. Teletrabajo <input type="checkbox"/>		C. Trabajo en casa <input type="checkbox"/>		D. Trabajo remoto <input type="checkbox"/>		23. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa		A. Sede principal <input type="checkbox"/>		B. Centro de trabajo <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"/>		26. Código de la ocupación u oficio	
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 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																															
30. Datos del Trabajador remoto o Teletrabajador																															
Actividades a ejecutar																															
Lugar en que se desarrollaran las actividades																															
Horario en el cual se ejecutarán las actividades		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																															
31. Tipo de contrato		32. Fecha inicial		Día		Mes		Año		33. Fecha final		Día		Mes		Año															
34. Valor total honorarios		35. Valor mensual honorarios																													
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales		36. Fecha inicial		Día		Mes		Año		37. Fecha final		Día		Mes		Año															
Datos del trabajador penitenciario indirecto		38. Fecha inicial		Día		Mes		Año		39. Fecha final		Día		Mes		Año															
40. Actividad principal																															
Datos estudiantes																															
41. Fecha inicial		Día		Mes		Año		42. Fecha final		Día		Mes		Año		43. Actividad principal															
44. Actividad secundaria																															

Datos del voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales				45. Fecha inicial			Día	Mes	Año	46. Fecha final			Día	Mes	Año						
Datos relacionados con la dedicación de tiempo destinado a la ejecución del trabajo o la práctica formativa (Aplica para trabajadores dependientes y estudiantes)																					
47. Jornada establecida				Jornada única <input type="checkbox"/>			Por turnos <input type="checkbox"/>			Rotativa <input type="checkbox"/>											
B. REPORTE DE NOVEDADES																					
VII. DATOS DE QUIEN SE LE REPORTE LA NOVEDAD																					
48. Tipo de novedad:																					
a. Ingreso. <input type="checkbox"/>				e. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral. <input type="checkbox"/>				i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado. <input type="checkbox"/>				m. Corrección de datos básicos de identificación del responsable de la afiliación. <input type="checkbox"/>									
b. Retiro. <input type="checkbox"/>				f. Vacaciones, licencia remunerada. <input type="checkbox"/>				j. Actualización y corrección de datos complementarios del afiliado. <input type="checkbox"/>				n. Variación centro de trabajo. <input type="checkbox"/>									
c. Retiro por muerte del afiliado. <input type="checkbox"/>				g. Suspensión del contrato de trabajo, práctica formativa o trabajo penitenciario indirecto y licencias. <input type="checkbox"/>				k. Modificación ingreso base de cotización. <input type="checkbox"/>				o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado. <input type="checkbox"/>									
d. Incapacidad temporal por enfermedad general. <input type="checkbox"/>				h. Licencia de maternidad o paternidad. <input type="checkbox"/>				l. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación. <input type="checkbox"/>				p. Traslado de ARL. <input type="checkbox"/>									
49. Datos de identificación de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación)																					
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre									
Tipo de documento								Número				Sexo biológico									
C.C. <input type="checkbox"/>		C.E. <input type="checkbox"/>		NIT. <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?				M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>							
Sexo identificación								Número				Sexo biológico									
M <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>		T <input type="checkbox"/>		NB <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>				¿Cuál?									
50. Datos complementarios de quien se registre la novedad (afiliado o el responsable de la afiliación)																					
Entidad Promotora de Salud (EPS)				Administradora de Pensiones				Ingreso Base Cotización (IBC)													
Dirección de residencia						Teléfono				Celular											
Correo electrónico				Distrito / Municipio				Zona				Urbana <input type="checkbox"/>				Rural <input type="checkbox"/>					
Localidad / Comuna						Departamento															
51. Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas								Fecha inicial			Día	Mes	Año	Fecha final			Día	Mes	Año		
52. Administradora de Riesgos Laborales anterior																					
53. Datos relacionados con el sitio de trabajo o el lugar donde se realiza la práctica formativa								Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa o el trabajo penitenciario				A. Sede principal <input type="checkbox"/>		B. Centro de trabajo <input type="checkbox"/>							
Código de la actividad económica								Clase de riesgo				I. <input type="checkbox"/>		II. <input type="checkbox"/>		III. <input type="checkbox"/>		IV. <input type="checkbox"/>		V. <input type="checkbox"/>	
Dirección del sitio de trabajo						Teléfono				Celular											
Correo electrónico				Distrito / Municipio				Zona				Urbana <input type="checkbox"/>				Rural <input type="checkbox"/>					
Localidad / Comuna				Departamento				Código de la ocupación u oficio													
VIII. AUTORIZACIONES																					
<input type="checkbox"/> 54. 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"/> 55. 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"/> 56. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.																					
IX. FIRMAS																					
																					
57. RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO								58. Representante legal AXA COLPATRIA Seguros de Vida. S.A.													
Con la firma contenida en el numeral 50, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.																					
X. ANEXOS																					
59. Fotocopia del documento de identificación. <input type="checkbox"/>				60. Formato diligenciado de la identificación de peligros. <input type="checkbox"/>				61. Certificado de resultados del examen preocupacional. <input type="checkbox"/>													

Línea integral de Atención al cliente: Teléfonos (57 - 601) 423 57 57 en Bogotá y 01 8000 512 620 para el resto del país o #247 o si lo prefiere a través de la página web www.axacolpatria.co / contáctenos / Escribanos su PQRS.

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono móvil: 313 499 8023.