

Fecha de radicación			Fecha inicio cobertura		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.

I. DATOS DEL TRÁMITE					
Tipo de trámite	Afiliación <input type="checkbox"/>	Reporte de novedades <input type="checkbox"/>	Tipo de afiliación	Individual <input type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>
Tipo de aportante			Código		
Tipo de afiliado:	Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Código	Subtipo de afiliado: Pensionado <input type="checkbox"/>
			Conductor servicio público <input type="checkbox"/>		
			Otro <input type="checkbox"/>		
Código					
II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN					
Nombre / Razón social	Tipo de documento			T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>
				C.E. <input type="checkbox"/>	NIT. <input type="checkbox"/>
				Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Dirección			Teléfono	Celular	Correo electrónico
Distrito / Municipio			Zona urbana <input type="checkbox"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>	Localidad
			Departamento		
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"/>		
A. AFILIACIÓN					
III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
				Segundo nombre	
Tipo de documento			T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
			NIT. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Número			Sexo		M <input type="checkbox"/>
			F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento
					Día Mes Año
IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO					
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"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>	Localidad	
		Departamento			
V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA					
Modalidad	Presencial <input type="checkbox"/>	Teletrabajo <input type="checkbox"/>	Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa		
Código de la actividad económica		Clase de riesgo			Código de la ocupación u oficio
		I. <input type="checkbox"/>			II. <input type="checkbox"/>
		III. <input type="checkbox"/>			IV. <input type="checkbox"/>
		V. <input type="checkbox"/>			
Dirección sitio de trabajo		Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Distrito / Municipio		Zona urbana <input type="checkbox"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>	Localidad	
		Departamento			
VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA					
Datos del trabajador dependiente / Denominación del cargo o del empleo					
Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes					
Tipo de contrato		Fecha inicial	Día Mes Año	Fecha final	Día Mes Año
		Valor total honorarios		Valor mensual honorarios	
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales				Fecha inicial	Día Mes Año
				Fecha final	Día Mes Año
Datos estudiantes		Fecha inicial	Día Mes Año	Fecha final	Día Mes Año
		Actividad principal			
Actividad secundaria			Jornada establecida	Jornada única <input type="checkbox"/>	Jornada por turnos <input type="checkbox"/>
			Jornada rotativa <input type="checkbox"/>		
B. REPORTE DE NOVEDADES					
VII. DATOS DE REPORTE LA NOVEDAD					
40. Tipo de novedad:					
a. Ingreso.	<input type="checkbox"/>	e. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional.	<input type="checkbox"/>	i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado.	<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"/>
c. Retiro por muerte del afiliado.	<input type="checkbox"/>	g. Suspensión del contrato de trabajo o práctica formativa y licencias.	<input type="checkbox"/>	k. Modificación ingreso base de cotización.	<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"/>
m. Corrección de datos básicos de identificación.					
n. Variación centro de trabajo.					
o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado.					
p. Traslado de ARL.					
Datos complementarios de quien se registre la novedad (afiliado a el responsable de la afiliación).					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
				Segundo nombre	
Tipo de documento			T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
			NIT. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Número					
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"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>	Localidad	
		Departamento			
Datos novedades relacionadas con el reporte de fechas		Fecha inicial	Día Mes Año	Fecha final	Día Mes Año
		Administradora de Riesgos Laborales (anterior)			
Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa				Código de la actividad económica	
Clase de riesgo		Código de la ocupación u oficio			
I. <input type="checkbox"/>					
II. <input type="checkbox"/>					
III. <input type="checkbox"/>					
IV. <input type="checkbox"/>					
V. <input type="checkbox"/>					
Dirección sitio de trabajo		Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Distrito / Municipio		Zona urbana <input type="checkbox"/>	Zona rural <input type="checkbox"/>	Localidad	
		Departamento			
VIII. AUTORIZACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> 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. 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 1074 de 2015, único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. 					
IX. FIRMAS					
_____ RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO			_____ NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO DE LA ARL		
Con la firma contenida, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.					
X. ANEXOS					
Fotocopia del documento de identificación.		Formato diligenciado de la identificación de peligros.		Certificado de resultados del examen preocupacional.	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

AFILIACIÓN DE CONDUCTORES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO DE CARGA O DE PASAJEROS

DECLARO QUE EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36 DE LA LEY 336 DE 1996 (ESTATUTO NACIONAL DE TRANSPORTE) NINGUNO DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS, SE DESEMPEÑA COMO CONDUCTOR DE EQUIPOS DESTINADOS AL SERVICIO PÚBLICO DE TRANSPORTE Y QUE EN TAL CASO, ESTOS SEAN RETIRADOS PARA QUE SEAN CONTRATADOS DIRECTAMENTE POR LA EMPRESA OPERADORA DE TRANSPORTE.

La afiliación de conductores de taxis al sistema de seguridad social (actividad clasificada en riesgo IV), se debe hacer de acuerdo con lo dispuesto en los Decretos 723 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social y 1047 del 4 de junio de 2014 del Ministerio del Trabajo.

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (ATEP)

Para ser diligenciado únicamente por la empresa.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Utilice este formulario cuando se vaya a afiliar a **AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administración de Riesgos Laborales**. Al dorso del mismo encontrará texto preimpreso con las reglamentaciones del Sistema General de Riesgos Laborales.
- Este formulario debe tramitarse a través del Asesor AXA COLPATRIA asignado a usted para el proceso de afiliación.
- Si se trata de un traslado de otra ARL hacia **AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administradora de Riesgos Laborales**, debe anexar la carta de desafiliación mediante la cual da aviso de su retiro.
- Además de este formulario, a través del **Formulario anexo de Afiliación**, debe enviar una relación inicial de todos sus trabajadores.
- Este formulario consta de un original y dos copias, cuyo tráfico será el siguiente:
- Original:** AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. - Dirección General.
- 1ra Copia:** Empleador.
- 2da Copia:** AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. – Regional.
- Diligencia los formularios a máquina o letra imprenta, evitando borrones, tachones y enmendaduras.
- Fecha de radicación:** esta casilla es exclusiva para la Administradora de Riesgos Laborales y registrar la fecha (AAAA MM DD) en que fue radicado el formulario.

I. DATOS GENERALES

- Vinculación inicial al Sistema de Riesgos Laborales:** diligenciar esta casilla, relleno el círculo, si la afiliación es por primera vez a una Administradora de Riesgos Laborales.
- Traslado de Administradora de Riesgos Laborales:** Diligenciar en la casilla, relleno el círculo, si la afiliación corresponde a una traslado de Administradora de Riesgos Laborales.
- Fecha de iniciación vigencia:** Esta casilla es exclusiva para la Administradora de Riesgos Laborales y se deberá colocar la fecha (AAAA MM DD), así: si la afiliación es por primera vez, se debe colocar la fecha del día siguiente a aquel en que el formulario ha sido recibido por la ARL. En caso de traslado se deberá colocar la fecha del primer día del mes siguiente a aquel en que vence el término señalado para el aviso de desafiliación.
- Administradora de Riesgos Laborales de la cual se desafilia:** Diligenciar en este campo el nombre de la entidad de la cual se desafilia.
- Tipo de carné:** Marcar con una X el tipo de carné según el caso.
- Carta de desafiliación:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta copia de la carta de desvinculación.
- Nómina:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta nómina.
- Cámara de Comercio:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta registro de la cámara de comercio.
- Fotocopia cédula Representante Legal:** Rellenar el círculo si la empresa anexa la fotocopia de la cédula del Representante Legal.
- Carta primera vez:** Rellenar el círculo si la empresa adjunta la carta de afiliación por primera vez al Sistema General de Riesgos Laborales.

II. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

- Razón social o nombres y apellidos del empleador:** Diligenciar en este campo la razón social de su empresa, en caso de que usted sea su empleador Persona Jurídica. Si usted es un empleador Persona Natural, diligencie este campo con su nombre completo.
- Documento de identificación:** Diligenciar en esta casilla el número de NIT de la empresa (Empleador Persona Jurídica), o el Número de Identificación ya sea C.C. (Cédula de ciudadanía) C.E. (Cédula de Extranjería) o PA (Pasaporte) (Empleador Persona Natural).
- Dirección Sede Principal:** Diligenciar en este campo la nomenclatura que corresponde a la ubicación de la oficina de la Sede Principal de la empresa.
- Ciudad:** Diligenciar en este campo la ciudad que corresponde a la ubicación de la oficina o centro de trabajo.
- Departamento:** Diligenciar en este campo el Departamento que corresponde a la ubicación de la ciudad nombrada en la casilla anterior.
- E-mail:** Diligenciar en este campo la dirección electrónica (E-mail) de la compañía.
- Teléfono:** Diligenciar en este campo el número telefónico de la sede principal de la compañía.
- Fax:** Diligenciar en esta casilla el número de fax de la Sede principal de la compañía.
- Sector Empresarial:** Seleccione la casilla que corresponda el tipo de sector empresarial de su empresa, es decir, Público, Privado o Mixto, relleno el círculo que la identifique.
- Actividad principal de la Empresa:** Diligenciar en este campo la actividad principal a la que se dedica la empresa. Sea lo más claro y concreto posible.
- Código de la Actividad Económica: Diligenciar la nomenclatura del código de la actividad económica en al que se encuentra ubicada la empresa.
- Clase de riesgo:** Rellene el círculo que corresponda, ya sea I, II, III, IV, V, correspondientes a la clase de riesgo (artículo 26 del Decreto 1295 de 1994), establecida con base en la siguiente tabla:

Clase de riesgo	Mínimo	Inicial	Máximo
Mínimo (I)	0.348	0.522	0.906
Bajo (II)	0.435	1.044	1.853
Medio (III)	0.783	2.435	4.064
Alto (IV)	1.740	4.350	6.950
Máximo (V)	3.210	6.980	8.700

- Nombre del Representante Legal:** Diligenciar en este campo el nombre completo de la persona que posee la representación legal de la compañía.
- Documento de Identificación:** Seleccionar la casilla que corresponda al tipo de identificación ya sea C.C. (Cédula de Ciudadanía) o C.E. (Cédula de Extranjería) y diligenciar el número de identificación de la persona que tiene la representación legal de la compañía.
- Cargo:** Relacionar en este espacio el cargo que ocupa en la compañía el funcionario que tiene la representación legal de la compañía.
- Tipo de Empresa Contratista fecha fin de contrato:** Marque con S ó N, diligencie la fecha en que termina la obra, a partir de la cual su empresa será desafiada de forma automática.

III. TRABAJADORES DEPENDIENTES

- Número inicial de trabajadores incluidos en el anexo:** Diligenciar en este campo el total, en letras y números, de los trabajadores que fueron relacionados en el anexo al formulario de afiliación.
- Para vinculación inicial al **Sistema de Ingresos Profesionales** escriba el valor total de la nómina base de cotización en números.
- Para traslado de **Administradora de Riesgos Laborales**, escriba el valor promedio de las tres últimas cotizaciones de números.

FIRMAS

- Firma del empleador o Representante Legal:** Hacer firmar por parte del Empleador o Representante Legal, indicando el nombre y número del documento de identidad respectivo.
- Firma AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.:** El formulario de afiliación deberá estar firmado por el Representante Legal de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.
- Sello de Radicación regional Colpatría:** Espacio exclusivo de AXA COLPATRIA.

IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

- ¿Pertenece la Empresa a un grupo económico?:** Marque Sí, si la empresa pertenece a un grupo económico. Marque No, si la empresa no pertenece a ningún grupo económico.
- Nombre del grupo económico:** Si la respuesta a la anterior pregunta fue SI, diligencie en este campo el nombre del grupo económico al que pertenece.

V. INFORMACIÓN COMERCIAL

Este espacio es para uso exclusivo de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.