AXA COLPATRIA

ANEXO TÉCNICO

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

No. DE RADICACIÓN	ESPACIO PARA ARL	Fecha de radicación	21 | 10 | 22	Fecha inicio cobertura	01 | 09 | 22

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	A. Afiliación ☑	B. Reporte de novedades ☐	2. Tipo de afiliación	A. Individual ☑	B. Colectiva ☐	3. Tipo de aportante	Código
4. Tipo de afiliado	A. Dependiente ☐	B. Independiente ☐	C. Independiente voluntario a riesgos laborales ☑	D. Trabajador penitenciario ☐	E. Estudiante ☐		
	F. Voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales ☐		G. Trabajador en casa ☐	H. Trabajador remoto ☐			
	Código 57						
5. Subtipo de afiliado	A. Pensionado ☐	B. Conductor servicio público ☐	Otro ☐ ¿Cuál?			Código	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (Datos básicos y generales)

6. Nombre / Razón social	NO DILIGENCIAR				
7. Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	NO DILIGENCIAR	8. Número	NO DILIGENCIAR		
9. Ubicación / Sede principal Dirección	NO DILIGENCIAR	Teléfono	NO DILIGENCIAR	Celular	NO DILIGENCIAR
Correo electrónico	NO DILIGENCIAR	Distrito / Municipio	NO DILIGENCIAR	Zona Urbana ☐ Rural ☐	
Localidad / Comuna	NO DILIGENCIAR	Departamento	NO DILIGENCIAR		
10. Código de la actividad económica	NO DILIGENCIAR	11. Clase de riesgo I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐			

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

A. AFILIACIÓN			
12. Primer apellido Ortega	Segundo apellido Molino	Primer nombre Marisy	Segundo nombre Lucia
13. Tipo de documento CC	14. Número 1064433009	15. Sexo M ☐ F ☒	16. Fecha de nacimiento 06 | 09 | 1997

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO (Datos personales)

17. Entidad Promotora de Salud (EPS) Santa S	18. Administradora de Pensiones Proveni	19. Ingreso base de cotización (IBC) 1.300.000	
20. Dirección de residencia Calle 6 # 8-04		Teléfono 3096693	Celular 3008936952
Correo electrónico marisyortega@gmail.com	Distrito / Municipio Sabanalarga	Zona Urbana ☒ Rural ☐	
Localidad / Comuna	Departamento Atlantico		

V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA

21. Modalidad A. Presencial ☒ B. Teletrabajo ☐	22. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa A. Sede principal ☒ B. Centro de trabajo ☐		
23. Código de la actividad económica	24. Clase de riesgo I. ☒ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐	25. Código de la ocupación u oficio	
26. Dirección del sitio de trabajo Carrera 46 # 34-77 Of. habitat	Teléfono	Celular 3007019702	
Correo electrónico	Distrito / Municipio Barranquilla -	Zona Urbana ☐ Rural ☐	
Localidad / Comuna	Departamento Atlantico		

VI. DATOS SOBRE CONDICIONES PACTADAS PARA LA EJECUCIÓN DEL TRABAJO O LA PRÁCTICA FORMATIVA (Datos del trabajador dependiente)

27. Denominación del cargo o de la labor Ingeniero Civil. (Digitalizador).

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Informacion 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
		NO DILIGENCIAR			

Datos del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes

29. Tipo de contrato	NO DILIGENCIAR	30. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	31. Fecha final	NO DILIGENCIAR
32. Valor total honorarios	NO DILIGENCIAR	33. Valor mensual honorarios	NO DILIGENCIAR		
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales		34. Fecha inicial		35. Fecha final	
Datos del trabajador penitenciario indirecto		36. Fecha inicial	NO DILIGENCIAR	37. Fecha final	NO DILIGENCIAR
38. Actividad principal					

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 ☐ Por turnos ☐ Rotativa ☐

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

THAISSY LEIDY ORTEGA MOLINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.433.009**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 6 de Octubre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1044433009
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortega Molino,Thaissy Leidy
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortega Molino,Thaissy Leidy, a los 06 días del mes de octubre del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación