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	Fecha de radicación 15 | 02 | 2024	Fecha inicio cobertura 16 | 02 | 2024

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. Dependiente trabajador de tiempo parcial con varios empleadores ☐

Código

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	INDEPORTES ANTIOQUIA				
7. Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☑ Otro ☐ ¿Cuál?			**8. Número**	811007127-0	
9. Ubicación / Sede principal Dirección	CL 48 No. 70 180	Teléfono	6045200890	Celular	N/A
Correo electrónico	acastano@indeportesantioquia.gov.co	Distrito / Municipio	Medellín	**Zona** Urbana ☑	Rural ☐
Localidad / Comuna	Estadio	Departamento	Antioquia		
10. Código de la actividad económica	2855201	**11. Clase de riesgo** I. ☐	II. ☑	III. ☐	IV. ☐ V. ☐

A. AFILIACIÓN — III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

12. Primer apellido	SIERRA	Segundo apellido	RAMIREZ	Primer nombre	JONATHAN
Segundo nombre	NICOLAS				
13. Tipo de documento C.C. ☑ C.E. ☐ NIT. ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		**14.** Número	1128280663	**15. Sexo biológico** M ☑	F ☐
16. Sexo identificación M ☑ F ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		**17. Fecha de nacimiento**	27 | 10 | 1989		

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO (Datos personales)

18. Entidad Promotora de Salud (EPS)	Sura	**19.** Administradora de Pensiones	Protección	**20.** Ingreso Base Cotización (IBC)	1.580.953
21. Dirección de residencia	Cl 31 87 C 34	Teléfono	N/A	Celular	3184546560
Correo electrónico	cnicolassierraluchador@gmail.com	Distrito / Municipio	Medellín	**Zona** Urbana ☑	Rural ☐
Localidad / Comuna	Belén las violetas	Departamento	Antioquia		

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

22. Modalidad A. Presencial ☑ B. Teletrabajo ☐ C. Trabajo en casa ☐ D. Trabajo remoto ☐ | **23. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa** A. Sede principal ☐ B. Centro de trabajo ☐

24. Código de la actividad económica	2855201	**25. Clase de riesgo** I. ☐	II. ☑	III. ☐	IV. ☐ V. ☐
26. Código de la ocupación u oficio	3422				
27. Dirección del sitio de trabajo	CL 48 No. 73 10	Teléfono	6045200890	Celular	N/A
Correo electrónico	acastano@indeportesantioquia.gov.co	Distrito / Municipio	Medellín	**Zona** Urbana ☑	Rural ☐
Localidad / Comuna	Estadio	Departamento	Antioquia		

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 ☐ 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

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

31. Tipo de contrato	Prestación de Servicios	**32.** Fecha inicial	16 | 02 | 2024	**33.** Fecha final	15 | 08 | 2024
34. Valor total honorarios	23.714.292	**35. Valor mensual honorarios**	3.952.382		
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 ☐ Por turnos ☐ Rotativa ☐

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DATOS DE QUIEN SE LE REPORTE LA NOVEDAD

48. Tipo de novedad:

a. Ingreso. ☑	e. Incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral. ☐	i. Modificación datos básicos de identificación del afiliado. ☐	m. Corrección de datos básicos de identificación del responsable de la afiliación. ☐
b. Retiro. ☐	f. Vacaciones, licencia remunerada. ☐	j. Actualización y corrección de datos complementarios del afiliado. ☐	n. Variación centro de trabajo. ☐
c. Retiro por muerte del afiliado. ☐	g. Suspensión del contrato de trabajo, práctica formativa o trabajo penitenciario indirecto y licencias. ☐	k. Modificación ingreso base de cotización. ☐	o. Cambio de ocupación u oficio del afiliado. ☐
d. Incapacidad temporal por enfermedad general. ☐	h. Licencia de maternidad o paternidad. ☐	l. Actualización del documento de identificación del responsable de la afiliación. ☐	p. Traslado de ARL. ☐

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 C.C. ☐ C.E. ☐ NIT. ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		Número	**Sexo biológico** M ☐ F ☐
Sexo identificación M ☐ F ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ ¿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 ☐ Rural ☐
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 ☐ B. Centro de trabajo ☐	
Código de la actividad económica	**Clase de riesgo** I. ☐ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐	
Dirección del sitio de trabajo	Teléfono	Celular
Correo electrónico	Distrito / Municipio	**Zona** Urbana ☐ Rural ☐
Localidad / Comuna	Departamento	Código de la ocupación u oficio

VIII. AUTORIZACIONES

☑ **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.

☑ **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.

☑ **56.** Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IX. FIRMAS

Jonathan Nicolás Sierra B.

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. ☑ **60.** Formato diligenciado de la identificación de peligros. ☐ **61.** Certificado de resultados del examen preocupacional. ☐