

**AXA SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **JORGE DAVID TAMARA NAME** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1.045.675.539**, está afiliado(a) como trabajador(a) independiente Voluntario(a) con numero de afiliación **700.300.001.868** a la **ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES AXA COLPATRIA**, para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, presentando la siguiente cobertura:

FECHA COBERTURA:	2024/12/19
FECHA INICIAL CONTRATO:	2024/12/19
FECHA FINAL CONTRATO:	2050/12/31
CLASE DE RIESGO:	I
TASA DE COTIZACIÓN:	0,522%
ESTADO ACTUAL:	Vigente

La presente se expide a solicitud del interesado.

Dado en Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Emisión y Novedades

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. ARL

Líder S&A OP. No monetarias

Elaboro: LCVS

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

Línea Exclusiva de Salud

Teléfonos: (57) 601 423 5750 en Bogotá, 018000 515750 para el resto del país

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57) 601 423 5757 en Bogotá, 018000 512620 para el resto del país y desde celular **#247** • www.axacolpatria.co botón **Contáctanos**

También cuentas con la **Defensoría del Consumidor Financiero:**

Teléfono móvil: 313 499 8023 • defensoria@consuelorodriguezvalero.com



Formulario de afiliación: Voluntario



Datos Básicos



Formulario de afiliación



Confirmar afiliación



4 Certificado de afiliación



Formulario afiliación

No. de radicación del trámite: 24185

Fecha de radicación: 17-12-2024

Fecha Inicio Cobertura: 19-12-2024



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES NIT. 860.002.183-9



Tu número de afiliación es 700300001868

Para nuestra ARL AXA COLPATRIA contar contigo como afiliado y como cliente es un gusto y un gran orgullo, porque empresas y afiliados como tu

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

No. DE RADICACIÓN 24185		Fecha de radicación 2024-12-17T1		Fecha inicio cobertura 2024-12-19T1	
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo.					
I. DATOS DEL TRÁMITE					
1. Tipo de trámite Independiente		2. Tipo de afiliación Default - Ind		3. Tipo de aportante Voluntarios	
4. Tipo de afiliado Indepenc Código 2		5. Subtipo de afiliado		Código 57	
II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (Contratante)					
6. Nombre / Razón social					
7. Tipo de documento				8. Número	
9. Ubicación / Sede principal Dirección		Teléfono		Celular	
Correo electrónico		Distrito / Municipio		Zona	
Localidad / Comuna		Departamento			
10. Código de la actividad económica				11. Clase de riesgo	
A. AFILIACIÓN III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO					
12. Primer apellido TAMARA NAME		Primer nombre JORGE DAVID			
13. Tipo de documento CC		14. Número 1045675539		15. Sexo M	
				16. Fecha de nacimiento 1988-09-28	
IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL AFILIADO (Datos personales)					
17. Entidad Promotora de Salud (EPS) MUTUAL SI		18. Administradora de Pensiones PORVENIR		19. Ingreso Base Cotización (IBC) 1530000	
20. Dirección de residencia Calle 84 41F - 38		Teléfono 301771991		Celular 3017719916	
Correo electrónico Jorjedavidtamara@gmail.com		Distrito / Municipio BARRANOUILL		Zona Urbana	
Localidad / Comuna		Departamento ATLANTICO			
V. DATOS RELACIONADOS CON EL SITIO DE TRABAJO O DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA FORMATIVA					
21. Modalidad PRESENCIAL		22. Sitio de trabajo o lugar donde se realiza la práctica formativa sede principal			
23. Código de la actividad económica 1692001		24. Clase de riesgo Calle 84 41F - 38		25. Código de la ocupación u oficio	
26. Dirección del sitio de trabajo		Teléfono 301771991		Celular 3017719916	
Correo electrónico Jorjedavidtamara@gmail.com		Distrito / Municipio BARRANOUILL		Zona Urbana	
Localidad / Comuna		Departamento ATLANTICO			
VI. AUTORIZACIONES					
52. 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.					
53. 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.					
54. Autorización para que la ARL envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.					
VII. FIRMAS					
		Firma de afiliado			
55. RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN / AFILIADO		56. Representante legal AXA COLPATRIA Seguros de Vida. S.A.			
Con la firma contenida en el numeral 49, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las autoridades contenidas en el capítulo VIII de este formulario.					
VIII. ANEXOS					
57. Fotocopia del documento de identificación.		58. Formato diligenciado de la identificación de peligros.		59. Certificado de resultados del examen preocupacional.	
Datos del trabajador independiente voluntario a riesgos laborales		34. Fecha inicial		35. Fecha final	
Datos del trabajador penitenciario indirecto		36. Fecha inicial		37. Fecha final	
38. Actividad principal					
Datos estudiantes					
39. Fecha inicial		40. Fecha final		41. Actividad principal	
42. Actividad secundaria					
Datos del voluntario en primera respuesta aporte solo riesgos laborales		43. Fecha inicial		44. Fecha final	
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					