Anexo 2. Afiliaciones de personal nuevo

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

☒ **Afiliación** *(Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
☐ **Adición y/o Actualización** *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y Fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
900667682-7	consorcio Bastonleg cel	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación (CC CE PA TI PT PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil (Casado/a, Soltero/a, Separado, Viudo, Unión Libre)
CC: X	1006733244	Guayapi	Ayapu	Adan		14 06 1989	Unión Libre: X

Estudios	☐ Básica	☐ Secundaria	☐ Media	☐ Prim. Infancia	☐ Tec./tecnólogo	☐ Profesional U.	☐ Postgrado/Maestría		
Sexo	☒ Hombre	☐ Mujer	Orientación Sexual		☐ Heterosexual	☐ Homosexual	☐ Bisexual		
Factor Vulnerabilidad	☒ Ninguno	☐ Victima C. Armado	☐ Desmobilizado o reinsertado		☐ Damnificado Desastre Natural		☐ Cabeza de Familia		
	☐ Discapacidad	☐ Pobla. Migrante	☐ Pobl. Zona Frontera (nacionales)		☐ Ejercicio del Trabajo Sexual		☐ Desplazado		
Pertenencia Etnica	☐ Ninguno	☐ Afro Colombiano	☐ Comun. Negra	☒ Indígena	☐ Palanquero	☐ Room/Gitano	☐ Raizal San Andr. Prov		

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el número de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
comunidad tanchinda	Leticia	Colombia	3125670511	SI ☐ NO ☒	Cleoasid928@gmail.com

Vivienda: ☒ No Tiene ☐ Familiar ☐ Propia ☐ Arrendada ☐ Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso (DD MM AAAA)	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1750905	11 05 2026		Ayudante de obra

Tipo de Contrato: ☐ Término Indefinido ☐ Termino Fijo — Fecha Terminación (término fijo): 30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación (CC CE PA TI PT PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación (Hogar, Empleado, Independiente, Pensionado, Estudiante)

SALARIO:	TELEFONO:	E-MAIL:

Estudios: ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐ Prim. Infancia ☐ Tec./tecnólogo ☐ Profesional U. ☐ Postgrado/Maestría

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación (CC CE PA RC PT PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco (Hijo, Hijastro, Padre, Hermano)	Discapacidad

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
	AHORRO	CORRIENTE		

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y para la verificación o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento de podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador

SOLO EN CASO DE AFILIACIÓN

Firma y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas Cafamaz
14 MAY 2026
2:49pm
RECEPCIÓN
RECIBIDO

Powered by CamScanner

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MURAYARI AYAMA ADAN**
Identificación:	**CC: 1006733244**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO PEATONALES CEL**
Municipio:	**LETICIA**
IPS Asignada:	**IPS INDIGENA MALLAMAS - SEDE LETICIA**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2003-04-01**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-05-11**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$5.000**

Observación :

Dada el lunes, 25 de mayo de 2026

Cordialmente

BRENDA DAHYANNA ALVAREZ CAUMARE

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

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:

ADAN MURAYARI AYAMA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.733.244**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

X **Afiliación** *(Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*

Adición y/o Actualización *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
900907682-7	Consorcio Fronteras Cel	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación (CC / CE / PA / TI / PT / PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil (Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo / U. Libre)
X	1122702047	Vasquez	Tapayuri	Alex	Rafael	29 06 2004	X

Estudios	☐ Básica	☐ Secundaria	☒ Media	☐ Prim. Infancia	☐ Tec./tecnólogo	☐ Profesional U.	☐ Postgrado/Maestria
Sexo	☒ Hombre	☐ Mujer	**Orientación Sexual**		☐ Heterosexual	☐ Homosexual	☐ Bisexual
Factor Vulnerabilidad	☒ Ninguno	☐ Victima C. Armado	☐ Desmobilizado o reinsertado		☐ Damnificado Desatre Natural		☐ Cabeza de Familia
	☐ Discapacidad	☐ Pobla. Migrante	☐ Pobl. Zona Frontera (nacionales)		☐ Ejercicio del Trabajo Sexual		☐ Desplazado
Pertenencia Etnica	☐ Ninguno	☐ Afro Colombiano	☐ Comun. Negra	☒ Indigena	☐ Palanquero	☐ Room/Gitano	☐ Raizal San Andr. Prov

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comuna 7 Agosto	Leticia	Colombia	3213706712	SI ☐ NO ☒	vasquezalextrafael@gmail.com

Vivienda				
☒ No Tiene	☐ Familiar	☐ Propia	☐ Arrendada	☐ Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de Ingreso DD	MM	AAAA	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1750.905	11	05	2026		Ayudante de cocina

Tipo de Contrato			Fecha Terminación (término fijo)
☐ Termino Indefinido	☒ Término Fijo		30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación (CC / CE / PA / TI / PT / PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H / M)	Ocupación (Hogar / Empleado / Independiente / Pensionado / Estudiante)

SALARIO:	TELEFONO:	E-MAIL:		
Estudios	☐ Básica	☐ Secundaria	☐ Media	☐ Prim. Infancia	☐ Tec./tecnólogo	☐ Profesional U.	☐ Postgrado/Maestria
---	---	---	---	---	---	---	---

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación (CC / CE / PA / RC / PT / PE)	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H / M)	Parentesco (Hijo / Hijastro / Padre / Hermano)	Discapacidad

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA
	AHORRO	CORRIENTE	

NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y Certificado de la cuenta bancaria

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, lo cual incluye la recolección, almacenamiento, uso, circulacion o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de las cuotas monetarias, notificar, o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, pre[illegible] que firmo este formato. De igual forma, podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador

SOLO EN CASO DE AFILIA[illegible]

Firma y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas

14 MAY 2026

2:50 pm

RECEPCIÓN

RECIBIDO

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10335187	13/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122702047	ALEXRAFAEL VASQUEZ TAPAYURI	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

ALEX RAFAEL VASQUEZ TAPAYURI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.702.047**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2026.

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.

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

[X] Afiliación (Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)
[ ] Adición y/o Actualización (Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal (solo si aplica)
9016076827	Consorcio Pesquero Cel	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE	1121287493	Lozada	Cortes	Andres		24 10 1991	Unión Libre: [ ] Casado: [ ] Divorciado: [ ] Separado: [ ] Viudo: [ ]

Estudios	[ ] Básica	[ ] Secundaria	[X] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestría		
Sexo	[X] Hombre	[ ] Mujer	Orientación Sexual		[ ] Heterosexual	[ ] Homosexual	[ ] Bisexual		
Factor Vulnerabilidad	[X] Ninguno	[ ] Victima C. Armado	[ ] Desmobilizado o reinsertado		[ ] Damnificado Desastre Natural		[ ] Cabeza de Familia		
	[ ] Discapacidad	[ ] Pobla. Migrante	[ ] Pobl. Zona Frontera Internacionales)		[ ] Ejercicio del Trabajo Sexual		[ ] Desplazado		
Pertenencia Etnica	[ ] Ninguno	[ ] Afro Colombiano	[ ] Comun. Negra	[X] Indígena	[ ] Palenquero	[ ] Rrom/Gitano	[ ] Raizal San Andr. Prov		

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	Pais de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comunidad Nuevo Lindo	Leticia	Colombia	3108112497	SI [X]	lozadacortes033@gmail.com
Vivienda	[X] No Tiene	[ ] Familiar	[ ] Propia	[ ] Arrendada	[ ] Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso DD	MM	AAAA	Código de ocupación (estructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1'750.905	11	05	2026		Auxiliar de cubierta

Tipo de Contrato					Fecha Terminación (término fijo)
	[ ] Término Indefinido	[X] Término Fijo			30 de 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE								Hogar: [ ] Empleado: [ ] Independiente: [ ] Pensionado: [ ] Estudiante: [ ]

SALARIO:	TELEFONO:	E-MAIL:

Estudios							
	[ ] Básica	[ ] Secundaria	[ ] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestría

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco	Discapacidad	Lista de verificación de documentos de las personas a cargo
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] PT [ ] PE								Hijo: [ ] Padre: [ ] Hermano: [ ]		

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	
	AHORRO	CORRIENTE		NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, realizar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularia para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo [illegible] podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de la Política de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

Andres Losada Cortes
Firma y Documento de identidad del trabajador

Huella y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas
Cafamaz
14 MAY 2026
2:51 PM
RECEPCIÓN
RECIBIDO

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10335154	13/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1121207495	ANDRES LOSADA CURICO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

ANDRES LOSADA CURICO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.207.495**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

X Afiliación *(Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
Adición y/o Actualización *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 06 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
912007682-7	consorcio fronteras 02	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil
X CC	1006753242	Muyayari	Aguirre	Diego		06 11 1996	Unión Libre: X

Estudios	☐ Básica	☒ Secundaria	☐ Media	☐ Prim. Infancia	☐ Tec./tecnólogo	☐ Profesional U.	☐ Postgrado/Maestría		
Sexo	☒ Hombre	☐ Mujer	Orientación Sexual		☐ Heterosexual	☐ Homosexual	☐ Bisexual		
Factor Vulnerabilidad	☒ Ninguno	☐ Victima C. Armado	☐ Desmobilizado o reinsertado		☐ Damnificado Desatre Natural		☐ Cabeza de Familia		
	☐ Discapacidad	☐ Pobla. Migrante	☐ Pobl. Zona Frontera (nacionales)		☐ Ejercicio del Trabajo Sexual		☐ Desplazado		
Pertenencia Etnica	☐ Ninguno	☐ Afro Colombiano	☐ Comun. Negra	☒ Indigena	☐ Palanquero	☐ Room/Gitano	☐ Raizal San Andr. Prov		

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comunidad Fronteriza	Leticia	Colombia	3125658959	SI X	muyaridiego021@gmail.com

Vivienda: ☒ No Tiene ☐ Familiar ☐ Propia ☐ Arrendada ☐ Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso (DD MM AAAA)	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1750905	06 05 2026		Ayudante de obra

Tipo de Contrato: ☐ Término Indefinido ☒ Término Fijo — Fecha Terminación (término fijo): 30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación (Hogar, Empleado, Independiente, Pensionado, Estudiante)

SALARIO: — TELEFONO: — E-MAIL:

Estudios: ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐ Prim. Infancia ☐ Tec./tecnólogo ☐ Profesional U. ☐ Postgrado/Maestría

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco (Hijo, Hijastro, Padre, Hermano)	Discapacidad

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA
	AHORRO	CORRIENTE	

NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento de mis datos personales, recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, incluso para fines de mercadeo, publicidad, invitación o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Esta autorización podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo contemplado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Diego Muyayari A		Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ
Firma y documento de identidad del trabajador	Huella y sello del empleador	07 MAY 2026 9:19 am RECEPCIÓN RECIBIDO

Powered by CamScanner

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MURAYARI AYAMA DIEGO**
Identificación:	**CC: 1006733242**
Tipo Cotizante:	**Dependiente**
Aportante:	**CONSORCIO PEATONALES CEL**
Municipio:	**LETICIA**
IPS Asignada:	**IPS INDIGENA MALLAMAS - SEDE LETICIA**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2003-04-27**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	**2026-05-06**
Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	No registra
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$5.000**

Observación :

Dada el martes, 12 de mayo de 2026

Cordialmente

JENNIFER YOMARI COELLO ANGARITA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

ARL | sura

Medellín, 05 de May de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO PEATONALES CEL.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL AMAZONAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006733242	MURAYARI AYAMA DIEGO	06/05/2026		192VX611	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2026 11:49:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 74.244.169.106, 107.154.93.14, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10335141	13/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131534434	DIXSONGABRIEL AYAMA YAICATE	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

DIXSON GABRIEL AYAMA YAICATE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.534.434**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2026.

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.

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

X Afiliación *(Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
Adición y/o Actualización *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
900007682-7	Comercio Petrolero SAS	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil
X CC	1131534148	Ovello	Pineda	Edgar		29 12 1987	Unión Libre: Casado: Divorciado: Separado: Viudo: Soltero: X

Estudios	X Básica	Secundaria	Media	Prim. Infancia	Tec./tecnólogo	Profesional U	Postgrado/Maestría
Sexo	X Hombre	Mujer	Orientación Sexual		Heterosexual	Homosexual	Bisexual
Factor Vulnerabilidad	X Ninguno	Victima C. Armado	Desmobilizado o reinsertado		Damnificado Desatre Natural		Cabeza de Familia
	Discapacidad	Pobla. Migrante	Pobl. Zona Frontera (nacionales)		Ejercicio del Trabajo Sexual		Desplazado
Pertenencia Etnica	Ninguno	Afro Colombiano	Comun. Negra	X Indigena	Palanquero	Room/Gitano	Raizal San Andr. Prov

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comunidad Comalinda	Leticia	Colombia	3227219509	SI X	lizmarcanos@hotmail.com
Vivienda: X No Tiene	Familiar	Propia	Arrendada		Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso DD	MM	AAAA	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripcion de la ocupación o cargo
Leticia	220	1'750.905	11	05	2026		Ayudante de obra

Tipo de Contrato	Término Indefinido	Término Fijo	Fecha Terminación (término fijo)
		X	30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación: Hogar / Empleado / Independiente / Pensionado / Estudiante

SALARIO:	TELEFONO:	E-MAIL:

Estudios	Básica	Secundaria	Media	Prim. Infancia	Tec./tecnólogo	Profesional U.	Postgrado/Maestria

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco: Hijo / Hijastro / Padre / Hermano	Discapacidad

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
	AHORRO	CORRIENTE		

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensacion Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador	Firma y sello del empleador
Edgar C. P.	NO APLICA EN CASO DE INDEPENDIENTE

Caja de Compensación Familiar del Amazonas Cafamaz
14 MAY 2026
2:50pm
RECEPCIÓN RECIBIDO

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10335124	13/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1131534148	EDGAR COELLO PINEDA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

EDGAR COELLO PINEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.131.534.148**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

[X] Afiliación *(ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
[ ] Adición y/o Actualización *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
900607682-7	Consorcio Portonles SAS	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Estado civil
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE	1122662252	Chota	Reina	Gerald	Alexis	12 08 2004	[X] Unión Libre [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Viudo [ ] Soltero

Estudios	[ ] Básica	[ ] Secundaria	[X] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestria
Sexo	[X] Hombre	[ ] Mujer	Orientación Sexual		[ ] Heterosexual	[ ] Homosexual	[ ] Bisexual
Factor Vulnerabilidad	[X] Ninguno	[ ] Victima C. Armado	[ ] Desmobilizado o reinsertado		[ ] Damnificado Desastre Natural		[ ] Cabeza de Familia
	[ ] Discapacidad	[ ] Pobla. Migrante	[ ] Pobl. Zona Frontera (nacionales)		[ ] Ejercicio de Trabajo Sexual		[ ] Desplazado
Pertenencia Etnica	[ ] Ninguno	[ ] Afro Colombiano	[ ] Comun. Negra	[X] Indigena	[ ] Palanquero	[ ] Room/Gitano	[ ] Raizal San Andr. Prov

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comunidad Loma linda	Leticia	Colombia	3256328617	SI	miguelbraza2211@gmail.com

Vivienda: [X] No Tiene [ ] Familiar [ ] Propia [ ] Arrendada [ ] Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso DD	MM	AAAA	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	$ 1'750.905	11	03	2026		Auxiliar de obra

Tipo de Contrato: [ ] Término Indefinido [X] Termino Fijo — Fecha Terminación (término fijo): 30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUÁL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Sexo H M	Ocupación: Hogar, Empleado, Independiente, Pensionado, Estudiante
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE								

SALARIO: — TELEFONO: — E-MAIL:

Estudios: [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Prim. Infancia [ ] Tec./tecnólogo [ ] Profesional U. [ ] Postgrado/Maestria

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Sexo H M	Parentesco: Hijo, Hijastro, Padre, Hermano	Discapacidad
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] PT [ ] PE									

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
	AHORRO	CORRIENTE		

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento de los mismos. Así mismo podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos Personales y la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador

SOLO EN CASO DE AFILIACIÓN

Firma y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas Cafamaz
14 MAY 2026
2:50pm
RECEPCIÓN
RECIBIDO

Powered by CamScanner

COLPENSIONES - 2026_8059269
15/05/2026 09:38:02 AM
LETICIA
AMAZONAS - LETICIA
AFILIACIONES
IMAGENES:02

CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE ( ) — FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento	CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	1122266252
Fecha de Expedición	12 08 2022	Municipio Expedición	Puerto Nariño
Departamento Expedición	Amazonas	Sexo	M (X) F ( )
Primer nombre	Gerald	Segundo nombre	Alexis
Primer apellido	Chota	Segundo apellido	peña
Fecha nacimiento	12 08 2004	Municipio nacimiento	puerto Nariño
Departamento nacimiento	Amazonas	Nacionalidad	colombiano
Dirección de residencia	cll 5 # 8-34	Barrio / vereda de residencia	porvenir
Municipio de residencia	Leticia	Departamento de residencia	Amazonas
Teléfono de residencia		Celular	3125632867
Salario integral	Sí ( ) No ( )		
Ocupación u oficio	Ayudnte de obra	Ingreso mensual $	1 750905
Es empleador	Sí ( ) No ( )		
Correo electrónico	miguelitorres02411@gmail.com	Alto riesgo	Sí ( ) No ( )

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil) — Sí ( ) No ( )

Dirección de ubicación laboral	cl 10 # 6-37	Barrio/ vereda de ubicación laboral	Centro
Municipio de ubicación laboral	Leticia	Departamento de ubicación laboral	Amazonas
Teléfono laboral			

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	NIT (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	9026007682
DV	7	Código CIIU	
Naturaleza	Pública ( ) Privada (X)	Razón social o nombre	Consorcio Pastorales cel
Dirección	Cll 10 # 6-37	Municipio	Leticia
Barrio / vereda	Centro	Departamento	Amazonas
Sucursal			
Teléfono		Celular	3017718150
Ocupación u oficio			
Correo electrónico	contabilidadcccostal@gmail.com		

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

❶ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

❷ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( ) T ( ) NB ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) — Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si ( ) No ( ) — Subsidiado Si ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique — Entidad Actual _____ — Entidad a donde desea trasladarse _____

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones — Si ( ) No ( ) — ¿Cuál? — Tarifa con la que debe cotizar — %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Sí ( ) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Sí ( ) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Sí ( ) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
		OSCAR ANDRES CUERVO ACOSTA	

"Ven por tu FUTURO"

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA — VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFI-GAE-FMI-001 V4

Powered by CamScanner

EPS INDIGENA MALLAMAS	FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS	Código: AS-FR-001 Versión: 03 Vigencia: 06/12/2024	No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización Solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. de oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☐

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Chota	Segundo Apellido: Perez	Primer Nombre: Gerald	Segundo Nombre: Alexis

9. Tipo de Documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
C.C.	1122766252	Femenino ☐ Masculino X	F ☐ M X T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA
Colombiano	Colombia	Amazonas	Pto Nariño	12 08 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN Si No	20. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Colpensiones	$1'750.905	

26. Residencia			
Dirección de residencia: Brenda de la manzana	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3125632887	Correo electrónico: migeltanes220411@gmail.com

Departamento: Amazonas	Municipio: Leticia	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal ☐ Resto Rural X Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01			
02			
03			
04			
05			

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del Documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
01														
02														
03														
04														
05														

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría discapacidad	Si	No
01												
02												
03										14/8/2026		
04												
05												

51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Departamento	Municipio	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono Fijo y/o celular	
01							
02							
03							
04							
05							

Dirección	Localidad/Comuna	Código de la IPS a la que pertenece
01		
02		
03		
04		
05		

EPS INDIGENA MALLAMAS
ASEGURAMIENTO
AMAZONAS LETICIA

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01	
02	
03	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Pastos 63	Nit	901607682-7	

59. Ubicación				
Dirección: Cll 10 #6-37	Teléfono Fijo o Celular: 3017718150	Correo electrónico: Contabilidadconsorciopg@gmail.com	Departamento: Amazonas	Municipio/Distrito: Leticia

Powered by CamScanner

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

[X] Afiliación *(ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
[ ] Adición y/o Actualización *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 06 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
902007682-7	Consorcio Prestadores cel	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE	1121209356	Pineda	casado	Jaime	Lisandro	12 08 1991	[ ] Unión Libre [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Viudo [ ] Soltero

Estudios	[ ] Básica	[ ] Secundaria	[X] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestria		
Sexo	[X] Hombre	[ ] Mujer	Orientación Sexual		[ ] Heterosexual	[ ] Homosexual	[ ] Bisexual		
Factor Vulnerabilidad	[X] Ninguno	[ ] Victima C. Armado	[ ] Desmobilizado o reinsertado		[ ] Damnificado Desatre Natural		[ ] Cabeza de Familia		
	[ ] Discapacidad	[ ] Pobla. Migrante	[ ] Pobl. Zona Frontera (nacionales)		[ ] Ejercicio del Trabajo Sexual		[ ] Desplazado		
Pertenencia Etnica	[ ] Ninguno	[ ] Afro Colombiano	[ ] Comun. Negra	[X] Indigena	[ ] Palanquero	[ ] Room/Gitano	[ ] Raizal San Andr. Prov		

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?		Correo Electrónico
comunidad Lamalinda	Leticia	Colombia	3214193748	SI	[X] NO	Jaimeleandro1@gmail.com

Vivienda	[X] No Tiene	[ ] Familiar	[ ] Propia	[ ] Arrendada	[ ] Hipotecada

VIGILADO Supersolidario

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso (DD MM AAAA)	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1'750.905	06 05 2026		Ayudante de cocina

Tipo de Contrato	[ ] Término Indefinido	[X] Termino Fijo	Fecha Terminación (término fijo)	30 06 2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro (DD MM AAAA)	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación (Hogar / Empleado / Independiente / Pensionado / Estudiante)
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] PT [ ] PE								

SALARIO:		TELEFONO:		E-MAIL:		
Estudios	[ ] Básica	[ ] Secundaria	[ ] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestria
---	---	---	---	---	---	---	---

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco (Hijo / Hijastro / Padre / Hermano)	Discapacidad
[ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] RC [ ] PT [ ] PE									

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
	AHORRO	CORRIENTE		

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice la recolección, tratamiento, recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconociendo el derecho de habeas data y la protección de datos personales o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularia para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través de los canales dispuestos para tal fin, como el correo atencionalcliente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos Personales y la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador

SOLO EN CASO DE AFILIACIÓN

Firma y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas
CAFAMAZ
07 MAY 2026
09:19 cm
RECEPCIÓN
RECIBIDO

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10302021	05/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1121209556	JAIMELISANDRO PINEDA CASADO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-06

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JAIME LISANDRO PINEDA CASADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.209.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 05 de May de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO PEATONALES CEL.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL AMAZONAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121209556	PINEDA CASADO JAIME LISANDRO	06/05/2026		252699Zx	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/05/2026 12:02:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 74.244.169.106, 107.154.93.14, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

Versión: 02	F-GP-06
Aprobación: 12/03/2025	
Pagina 1 de 2	

FORMATO

FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

GESTIÓN PARAFISCALIDAD

[X] **Afiliación** *(Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)*
[ ] **Adición y/o Actualización** *(Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)*

Ciudad y fecha: Leticia — DD: 14 MM: 05 AAAA: 2026

A. DATOS DEL EMPLEADOR

No. Identificación	Razón social / Apellidos y nombres	Sucursal *(solo si aplica)*
900709682-7	Consorcio Pesterales Cel	

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Estado civil
[X] CC	1121199883	Ayamo	Yaicate	Roy	Erik	02 12 2003	Soltero

Estudios	[ ] Básica	[X] Secundaria	[ ] Media	[ ] Prim. Infancia	[ ] Tec./tecnólogo	[ ] Profesional U.	[ ] Postgrado/Maestría		
Sexo	[X] Hombre	[ ] Mujer	Orientación Sexual		[ ] Heterosexual	[ ] Homosexual	[ ] Bisexual		
Factor Vulnerabilidad	[X] Ninguno	[ ] Victima C. Armado	[ ] Desmobilizado o reinsertado		[ ] Damnificado Desatre Natural		[ ] Cabeza de Familia		
	[ ] Discapacidad	[ ] Pobla. Migrante	[ ] Pobl. Zona Frontera (nacionales)		[ ] Ejercicio del Trabajo Sexual		[ ] Desplazado		
Pertenencia Etnica	[ ] Ninguno	[ ] Afro Colombiano	[ ] Comun. Negra	[X] Indigena	[ ] Palanquero	[ ] Room/Gitano	[ ] Raizal San Andr. Prov		

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el numero de celular diligenciado en la casilla anterior?	Correo Electrónico
Comunidad Indigena Tanimuca	Leticia	Colombia	3124331752	SI [ ] NO [X]	aamadalex@gmail.com

Vivienda: [X] No Tiene [ ] Familiar [ ] Propia [ ] Arrendada [ ] Hipotecada

DATOS LABORALES

Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso DD	MM	AAAA	Código de ocupación (esctructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo
Leticia	220	1'750903	11	05	2026		Ayudante de obra

Tipo de Contrato: [ ] Término Indefinido [X] Término Fijo — Fecha Terminación (término fijo): 30/6/2026

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Ocupación (Hogar, Empleado, Independiente, Pensionado, Estudiante)

SALARIO: — TELEFONO: — E-MAIL:

Estudios: [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Prim. Infancia [ ] Tec./tecnólogo [ ] Profesional U. [ ] Postgrado/Maestría

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Sexo (H M)	Parentesco (Hijo, Hijastro, Padre, Hermano)	Discapacidad

Lista de verificación de documentos de las personas a cargo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA	NOTA: Debe anevar a este formato el formulario diligenciado de Autorizacion Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
	AHORRO	CORRIENTE		

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a traves del correo electrónico atencionalciente@cafamaz.com , salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de la Política de Protección de Datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Roy Ayamo Yaicate
Firma y documento de identidad del trabajador

SOLO EN CASO DE AFILIACIÓN
Firma y sello del empleador

Caja de Compensación Familiar del Amazonas Cafamaz
14 MAY 2026
2:50m
RECEPCIÓN
RECIBIDO

Powered by CamScanner

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2026_8058970
15/05/2026 09:34:24 AM
LETICIA
AMAZONAS - LETICIA
AFILIACIONES
IMAGENES:01

CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE ( ) — FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento	CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	
Fecha de Expedición	07 12 2023	Municipio Expedición	Leticia
Departamento Expedición	Amazonas	Sexo	M (X) F ( )
Primer nombre	Roy	Segundo nombre	Erik
Primer apellido	Ayama	Segundo apellido	Yaicate
Fecha nacimiento	07 12 2005	Municipio nacimiento	Leticia
Departamento nacimiento	Amazonas	Nacionalidad	Colombiano
Dirección de residencia	Cll 5 # 8-34	Barrio / vereda de residencia	Porvenir
Municipio de residencia	Leticia	Departamento de residencia	Amazonas
Teléfono de residencia		Celular	3124331752
Salario integral	Si ( ) No ( )		
Ocupación u oficio	Ayudante de Obra	Ingreso mensual $	1750905
Es empleador	Si ( ) No ( )		
Correo electrónico	ayamadator@gmail.com	Alto riesgo	Si ( ) No ( )

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Si ( ) No ( )

Dirección de ubicación laboral	Cll 10 # 6-37	Barrio/ vereda de ubicación laboral	Centro
Municipio de ubicación laboral	Leticia	Departamento de ubicación laboral	Amazonas
Teléfono laboral			

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	NIT (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	902007682	DV 7	Código CIIU
Naturaleza	Pública ( ) Privada (X)	Razón social o nombre	Consorcio Pensionales Cel		
Dirección	Cll 10 # 6-37	Municipio	Leticia		
Barrio / vereda	Centro	Departamento		Sucursal	
Teléfono		Celular	3017718150	Ocupación u oficio	
Correo electrónico	Contabilidadcecacosta@gmail.com				

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

❶ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

❷ Tipo de documento	CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M ( ) F ( ) T ( ) NB ( )	Teléfono	Celular / Correo electrónico
Parentesco	1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )		

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) — Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si ( ) No ( ) — Subsidiado Si ( ) No ( )

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual _____ Entidad a donde desea trasladarse _____

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si ( ) No ( ) ¿Cuál? — Tarifa con la que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si ( ) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Si ( ) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Si ( ) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

Roy Ayama Yaicate		OSCAR ANDRES CUERVO ACOSTA	
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN 2017533646-012-000 DEL 23-04-2018

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 20/01/2023_01185

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/05/2026, el empleador CONSORCIO PEATONALES CEL identificado con NIT número 902007682 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10335092	13/05/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1121199883	ROYERIK AYAMA YAICATE	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-05-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Mayo del año 2026.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Anexo 3. Soporte inducciones

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO HEATHCLIFF SAS	**FORMATO N°:** FT-SST-008	
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	**Fecha:**	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 06/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Jaime Lisandro Pineda Casado **CEDULA:** 1.121.209.556

AREA/SECCION: Santa Sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO PRADERA VIAL	**FORMATO N°:**	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 06/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Diego Mirayari Ayama **CEDULA:** 1006733242

AREA/SECCION: Santo Tomas **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonel Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo SI (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO MANTENIMIENTO VIAL	**FORMATO N°:** FT-SST-008	
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Roy Erik Ayamo yacate **CEDULA:** 1121199883

AREA/SECCION: Santo Tomas **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonar Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. PRESENTACION DE LA ORGANIZACION

2. GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

3. INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)

4. MISION Y VISION

5. ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO

6. PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO

7. INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST

8. POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO

9. POLITICA DE GESTION AMBIENTAL

10. DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES

11. COPASST - CCL

12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO

14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS

15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO

16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO PRATIMALEJO S.A.S.	**FORMATO N°:**	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Gerard Alexis Chota Peña **CEDULA:** 1122266252

AREA/SECCION: Santo Sofía **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO HOSPITALARIO S.A.S.	**FORMATO N°:**	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	**Fecha:**	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Edgar Coello Pineda **CEDULA:** 1131534148

AREA/SECCION: Santa Sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO METALMECANICA	FORMATO N°:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Adam Murayari Ayamo **CEDULA:** 1006933244

AREA/SECCION: Santa Sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo SI (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO [illegible]	**FORMATO N°:**	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Dixson Gabriel Ayama Yalcote **CEDULA:** 1131534434

AREA/SECCION: Santa Sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
CONSORCIO [illegible]	**FORMATO N°:**	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Andres Losada Arico **CEDULA:** 1121207495

AREA/SECCION: santa sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. *PRESENTACION DE LA ORGANIZACION*
2. *GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN*
3. *INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)*
4. *MISION Y VISION*
5. *ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO*
6. *PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO*
7. *INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST*
8. *POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO*
9. *POLITICA DE GESTION AMBIENTAL*
10. *DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES*
11. *COPASST - CCL*
12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES
13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO
14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS
15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO
16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Firma del Trabajador
C.C.

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

CONSORCIO	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO N°:	FT-SST-008
	SG-SST	
FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST	Fecha:	8/01/2024
	Versión:	001
	Pagina 1 de 1	

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA: 11/05/2026 **INDUCCIÓN** [X] **REINDUCCIÓN** [ ]

NOMBRE: Alex Rafael Vasquez Tapayuri **CEDULA:** 1122702047

AREA/SECCION: santa sofia **CARGO:** ayudante

ENCARGADO DE LA INDUCCION: Leonor Duarte

OBJETIVO GENERAL

Con el proposito de dar a conocer al personal que ingresa a nuestra organizaión las politicas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo y demás directrices establecidas y así promover y preservar la salud de los trabajadores, en la inducción al nuevo trabajador se le dan los siguientes temas:

1. PRESENTACION DE LA ORGANIZACION

2. GENERALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

3. INFORMACION LABORAL (salario, tipo de contrato, fecha y forma de pago, afiliación a SS, horarios de trabajo y HE)

4. MISION Y VISION

5. ENTREGA DE FUNCIONES DEL CARGO

6. PRESENTACION AL GRUPO DE TRABAJO

7. INFORMACION Y RESPONSABILIDADES DEL SG-SST

8. POLITICA SST, POLITICA NO ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TABAQUISMO

9. POLITICA DE GESTION AMBIENTAL

10. DERECHOS Y DEBERES DE LOS TRABAJADORES

11. COPASST - CCL

12. PREVENCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

13. IDENTIFICACION Y CONTROL DE PELIGROS Y RIESGOS EN SU TRABAJO

14. PLAN DE EMERGENCIAS Y BRIGADAS

15. PROCEDIMIENTOS PARA TAREAS DE ALTO RIESGO

16. QUEJAS Y RECLAMOS

Duración de la inducción: 1:00 HORA

Declaro que conozco el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estandares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo. Asi mismo manifiesto haber sido instruido, por el area de reursos humanos, en lo concerniente a la relación laboral y las condiciones pactadas en el contrato de trabajo. Conozco y entiendo lo relacionado con el contrato laboral, asignación salarial, turnos y horarios de labor, horas, extras, dotación y Epp´s, vivienda, alimentaión y transporte, fecha y forma de pago de diasw trabajados, liquidación y pago del tiempo suplementario laborado, afiliación y pagos em seguridad social.

Yo como trabajador de la organización estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Alex Vasquez
Firma del Trabajador
C.C. 1122702047

Responsable Residente de Obra
C.C.

Recibo folleto informativo Si (X) NO ( )

Powered by CamScanner

Anexo 4. Encuesta Perfil Sociodemógrafico

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Jaime Leonardo Pineda Cabodo
Cargo	Ayudante de Obra
Dependencia / Grupo	Santa Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA 06/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años c. 28 - 37 años (X) 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(X) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(X) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(X) 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(X) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada (X) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
(X) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(X) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(X) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años (X) De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
(X) Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional (X) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(X) No

14. FUMA
a. Si (X) No
Promedio diario _____ CÚAL: _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(X) No
b. Si Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(X) No
b. Si Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. Si

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

		CONSORCIO PEATONAL EN CEL

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Diego Murallon Ayala
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	Santo Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA

06/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años c. 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Minimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
d. Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____
b. No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI Diario Mensual Semanal
Quincenal Ocasional Mensual

Diego Murallon Ayala

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. SI

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Roy Erik Aguano Jaicate
Cargo	Ayudante de Obra
Dependencia / Grupo	Santa Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA

11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años (c.) 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b.) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a.) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b.) 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b.) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b.) Arrendada c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domèsticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
(e.) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a.) Minimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b.) De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
(d.) Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional (g.) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(a.) No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____ (b.) No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a.) No
b. SI Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a.) No
b. SI Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. SI

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Gerald Alexis Choto Pena
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	Sanid SCHO

Encierre en un circulo:

FECHA

11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
X b. 18 - 27 años c. 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
X a. Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
X b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
X a. Ninguna
b. 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada X c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
X a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
X b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
X d. Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional X g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
X a. No
b. Si

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____ X b. No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
X a. No
b. Si Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
X b. Si Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. Si

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

		CONSORCIO PLATAFORMAS 24

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Adam Murgani Agamo
Cargo	Ayudante debora
Dependencia / Grupo	Santa Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA

11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años (c.) 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b.) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a.) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b.) - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada (c.) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
(b.) De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
(d.) Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional (g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(b.) No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promodio diario _____ CÚAL: _____ (b) No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a.) No
b. SI Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a.) No
b. SI Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

Adam Murgani

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. SI

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Edgar Cortes Pineda
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	Santa Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA

11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años X c. 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
X b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
X a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X b. 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
X b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
X a. Propia
b. Arrendada c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
X e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
X a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
X b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
X d. Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional X g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
X b. No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____ X b. No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
X a. No
b. Si Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
X a. No
b. Si Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. Si

Ley 1581 de 2012. de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Dixon Gabriel Amaya yaicote
Cargo	Auxiliar de obra
Dependencia / Grupo	Santo Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA 11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años c. 28 - 37 años (d) 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada c. Familiar
(d) Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años (c) De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
(d) Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional (g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(b) No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____ (b) No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a) No
b. SI Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI Diario Mensual
Quincenal Ocasional Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. SI

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Andres Lozano Orico
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	Equipo 5416

Encierre en un circulo:

FECHA

11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años c. 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Minimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
d. Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional g. Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____
b. No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
b. SI Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. SI Diario Mensual
Quincenal Ocasional
Semanal
Mensual

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. SI

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

FT-SST-005
Versión: 01
01-08-2024

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

Nombre	Alex Rafael Vasquez Tapayuri
Cargo	Ayudante de obra
Dependencia / Grupo	Santa Sofia

Encierre en un circulo:

FECHA 11/05/2026

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años (c. 28 - 37 años d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a). Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b). Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a). Propia
b. Arrendada c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas c. Recreacion y deporte d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L. c. Entre 4 a 5 S.M.L. d. Entre 5 y 6 S.M.L. e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años c. De 5 a 10 años d. De 10 a 15 años e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Carrera Administrativa b. Provisionalidad
c. Libre nombramiento y remoción
(d). Contrato de Prestación de Servicios e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación b. Salud oral
c. Exámenes de laboratorio/otros d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional (g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(b) No

14. FUMA
a. Si a. Si
Promedio diario _____ CÚAL: _____ (b) No

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a) No
b. Si Semanal
Quincenal
Ocasional

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
b. Si Diario Mensual
Quincenal Ocasional Semanal
Mensual

Alex Vasquez

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No b. Si

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

Powered by CamScanner

Anexo 5. Soportes Capacitaciones

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	FORMATO: FT - SST - 006

SG - SST

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN DE VÍAS PEATONALES EN CONCRETO ESTAMPADO EN LA INSPECCIÓN DE POLICIA COMUNIDAD DE SANTA SOFÍA . MUNICIPIO DE LETICIA - DEPARTAMENTO DE AMAZONAS

FORMATO DE REISTRO DE ASISTENCIA	Fecha: 13/11/2025 Versión: 001 Página 1 de 1

Ciudad	Lugar	DD	MM	AA
santo sofia	campamento	08	05	2026

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Charla de seguridad		seguridad química en aditivos de concreto
Reuniones de Seguridad y Salud en el Trabajo		
Seminario/Taller/Curso		
Capacitación y Entrenamiento en SST	X	
Capacitación específica al cargo		
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	JAIR ANDREY GONZALEZ HENAO	93.400.332	MAESTRO DE OBRA	
2	CARLOS ANDRES PARRA CAMELO	1.118.121.309	OFICIAL DE CONSTRUCCION	
3	YOLVER REVELO LEON	1.121.211.864	OFICIAL DE CONSTRUCCION	Yolver Revelo Leon
4	DAVID CAHUCHI AHUANARY	6.565.823	OFICIAL DE CONSTRUCCION	David Cahuchi
5	YETUR GARAY CAYETANO	1.121.200.963	AYUDANTE DE OBRA	Yetur Garay Cayetano
6	CRISTIAN DAVID REVELO DIAZ	1.007.769.189	AYUDANTE DE OBRA	Cristian David Revelo
7	DIEGO ANDRES RAMOS VENTO	1.121.205.946	AYUDANTE DE OBRA	
8	FRANCISCO FERNANDEZ PEREZ	15.877.597	AYUDANTE DE OBRA	
9	FREDY ANGEL VENTO LORENZO	1.007.366.231	AYUDANTE DE OBRA	
10	MILTON RAMOS VENTO	1.121.201.303	AYUDANTE DE OBRA	
11	JORGE REVELO LEON	6.566.886	AYUDANTE DE OBRA	Jorge Revelo
12	ROBERTH YANCA ALMEIDA	1.147.684.486	AYUDANTE DE OBRA	
13	JUAN CARLOS REVELO LEON	6.567.562	AYUDANTE DE OBRA	JCR
14	LUIS JORGE DEL AGUILA RAMOS	15.875.906	SERVICIOS GENERALES	
15	YAISON CAHUACHE HUAHUARI	1.007.344.470	CADENERO	
16	HANSEL EDRIEGUER LEONARDO	1.006.739.912	AYUDANTE DE OBRA	Hansel Leonardo
17	ELKIN FABRICIO YUCUNA YUCUNA	1.122.269.221	AYUDANTE DE OBRA	
18	RONI PARENTE SANTOS	15.877.726	AYUDANTE DE OBRA	roni parente
19	NILO MIGUEL ALMEIDA FERNANDEZ	1.121.204.626	AYUDANTE DE OBRA	NILO MIGUEL
20	ROBERTO JOHN CASTILLO COELLO	1.007.769.132	AYUDANTE DE OBRA	Roberto John Castillo Coello
21	WILLY CAMILO FERNANDEZ RAMOS	1.007.628.288	AYUDANTE DE OBRA	WILLY F.
22	DIEGO NIXON RODRIGUEZ PURICHO	1.122.269.518	AYUDANTE DE OBRA	
23	CRISPIN ANTONIO PEREIRA	1.006.733.322	AYUDANTE DE OBRA	
24	OMAR DIEGO RAMOS CUELLAR	1.007.682.555	AYUDANTE DE OBRA	
25	ALCINDO FERNANDEZ ANGARITA	1.006.739.372	AYUDANTE DE OBRA	Alcindo Fernandez

Powered by CamScanner

26	FRANS FRANKLIN LEON	1.122.270.107	AYUDANTE DE OBRA	
27	JAIDER FERNANDEZ ANGARITA	1.121.212.338	AYUDANTE DE OBRA	
28	JUNIOR FABIAN QUINTERO MIJO	1.121.446.499	AYUDANTE DE OBRA	
29	LUIS ALBERTO RAMOS	1.121.210.537	AYUDANTE DE OBRA	
30	LUIS ALEJANDRO CAHUACHE GAMARRA	1.006.732.296	AYUDANTE DE OBRA	
31	OSCAR FERNANDEZ LORENZO PEDRO	1.006.739.428	AYUDANTE DE OBRA	
32	VILAN JESUS GARAY CAYETANO	15.879.858	AYUDANTE DE OBRA	
33	WILSON GERONIMO RAMOS ÑEÑETOFE	1.007.472.725	AYUDANTE DE OBRA	
34	YEISON ALEXANDER FERNANDEZ	1.121.197.024	AYUDANTE DE OBRA	
35	Jaime Usandro Pineda	1121209556	ayudante	
36	Diego Muraqari	1006733242	ayudante	

OBSERVACIONES:

Persona responsable de la actividad

Nombre Arley Leonor Duarte | Firma