Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: 05 08 2026

2030

Afiliación Primera Vez: ☐ Reafiliación: ☒ Adición de Beneficiarios: ☐ Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante: ☐ Veteranos Ley (1979/2019): ☐

Nombre Empleador: Consorcio Interparques NIT: 902 051 541-3 Celular: 3214937630

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A # 30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Mariaquin Segundo Apellido: Perez Nombres: Robinson Fernando

Tipo de Identificación: TI (CC) PEP PPT CE SC N°: 86.053.453 Sexo: F (M) ND Celular: 3153548855

Fecha de Nacimiento: 13 07 1993 Fecha de Expedición: 28 08 2012 Correo Electrónico: roma13930@hotmail.com Profesión: Ing civil

Dirección de Residencia: Cra 32 # No 19-07 Barrio/Vereda: La esperanza Ciudad/Municipio: Villavicencio Rural: ☐ Urbano: ☐

País: Colombia Resguardo: Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión Libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Pertenencia Étnica: Afrocolombiano(a) Indígena Gitano(a) Palenquero(a) Raizal del Archipiélago Ninguno de los anteriores Población Vulnerable y Especial

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No Reportado Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Secundaria Básica Media Educación Básica Primaria Educación Básica Secundaria Media Ninguno Técnico Profesional Tecnológico Profesional Universitario Especialización Maestría Doctorado

Factor Vulnerabilidad: Cuidado Personas Desplazado Migrante Extranjero Migrante Retornado Portador(a) VIH Cuidado Infantil (0-5 años) Madre Cabeza de Familia Mujer Trabajo Rural Mujer Trabajo Urbano Mujer Gestante Mujer Lactante Ninguno

Fecha de Ingreso: 05 08 2026 Cargo: Director Salario Básico Mensual ($): 2.333.000 Tipo de Salario: Mensual Tipo de Contrato: Indefinido

Dirección en la Empresa donde Labora: Calle 2A # 30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: Fecha de Retiro: DD MM AAAA

INFORMACIÓN DE EMPLEADORES ANTERIORES

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC N°: Sexo: F M ND Celular:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Fecha de Expedición: DD MM AAAA Correo Electrónico: País:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: Rural: Urbano:

Nombre del Empleador donde Trabaja: Salario Básico Mensual ($): Recibe Cuota Monetaria: SI NO

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Nacimiento			Discapacidad			Estudiante	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo(a)	Cónyuge	Padre	Hermano(a)	Sin Derecho	DD	MM	AAAA	SI	NO	Cuál	SI	NO

Presenta alguno de los miembros de su grupo familiar alguna discapacidad? SI NO Cuál? Hace parte de algún programa especial? SI NO Cuál? Tiene alguno de los hijos relacionados estudiando? SI NO

Beneficiario autorizado para cobrar los subsidios correspondientes a favor del empleador sin necesidad de diligenciar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos: Número Documento: Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda información aquí consignada es cierta y verificable. El empleador se reserva el derecho de verificar la información suministrada en el presente formulario. Igualmente, autorizo a Cofrem para que consulte, reporte, procese y actualice mis datos personales y los de mi grupo familiar en las bases de datos de la Caja de Compensación Familiar o de cualquier operador de información y servicios sobre el comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios que administre cualquier entidad que maneje o administre información con fines de seguridad social, de conformidad con la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Declaro que la información suministrada en este formulario es veraz y corresponde a mi situación actual, por lo que eximo de responsabilidad a Cofrem por errores en la información aquí consignada que sean imputables a mi persona.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera expresa e informada a Cofrem para: 1. Solicitar, recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado y de los que se generen con ocasión de la relación que sostengo con la Caja de Compensación Familiar, los cuales serán utilizados para el desarrollo de su objeto social y para el cumplimiento de la misión de la Caja de Compensación Familiar, en especial para fines relacionados con el Sistema de Protección Social. 2. Consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y modificar mis datos personales, así como los de mi grupo familiar, ante y en cualquier operador de información y servicios sobre el comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios que administre cualquier entidad que maneje o administre información con fines de seguridad social, de conformidad con la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. 3. Realizar estudios internos sobre mis hábitos de consumo, gustos e intereses, y los de mi grupo familiar, para el ofrecimiento de productos y servicios de la Caja de Compensación Familiar o de terceros con los que la Caja de Compensación Familiar tenga convenios comerciales. 4. Enviar mensajes de texto, correos electrónicos, notificaciones push y cualquier otro medio electrónico o físico conocido o por conocer, información comercial, publicitaria o promocional sobre productos y servicios de la Caja de Compensación Familiar o de terceros con los que la Caja de Compensación Familiar tenga convenios comerciales. 5. Grabar imágenes de mi rostro tanto en fotografías como en videos, para ser utilizadas en el desarrollo de las actividades de la Caja de Compensación Familiar, en especial para fines relacionados con el Sistema de Protección Social. Las bases de datos donde reposará mi información personal y la de mi grupo familiar podrán ser operadas por la Caja de Compensación Familiar o por terceros con los que la Caja de Compensación Familiar tenga convenios comerciales, siempre que para ello exista una finalidad legítima y relacionada con el objeto social de la Caja de Compensación Familiar. Declaro que he sido informado sobre mis derechos como titular de la información, entre los cuales se encuentran conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, así como los de mi grupo familiar, en cualquier momento, mediante los canales de atención dispuestos por la Caja de Compensación Familiar para tal fin, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Declaro que he sido informado sobre la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar, la cual puedo consultar en la página web www.cofrem.com.co, y que para efectos de la presente autorización, mis datos personales serán tratados de acuerdo con lo establecido en dicha política.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Con la firma de este formato usted autoriza el tratamiento de sus datos personales. El cual puede consultar en la página web.

Scanned with

ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR



ICCOL035529868615001<<<<<<<<<<<
8204273M3311248COL80220968<<<4
OSUNA<SALAZAR<<ANDRES<FERNANDO

2832

ARL | sura

Medellín, 30 de junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C80220968	OSUNA SALAZAR ANDRES FERNANDO	01/07/2026		22141210	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 15/04/2026 00:09:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

2833

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012813784
9012813784

No. de Radicación SAT: 30516582

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación: 30 | 06 | 2026

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: OSUNA	Segundo Apellido: SALAZAR	Primer Nombre: ANDRES	Segundo Nombre: FERNANDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	80220968	Femenino ☐ Masculino X	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				27 | D | 04 | M | A 1982 | A | A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoria discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO X	SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$2.989.350	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge 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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D | D | M | M | A | A | A | A

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORIA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

2834

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 INTERPARQUES AC	NT	902051541	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CLE 2A N 30 56 BR LA COLINA	6638378		VILLAVICENCIO	META

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 01 M 07 A 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: TOPOGRAFO

Vigilada Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

2835

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80220968,** se encuentra afiliado/a desde **19/10/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de abril de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

2936

FORMATO

Afiliación Principal No. 1 Beneficiario No. Número de Beneficiarios Cónyuge o Compañero(a) Permanente Hijo(s) Padre(s)

Primer Apellido Cuna Segundo Apellido Cuara Nombres Andres Leonardo

Tipo de Identificación TI CC PEP PPT CE SC N° 80 220 960 Sexo F M Edad 34 años

Fecha de Nacimiento 23 09 84 Fecha de Expedición 04 09 2002 Lugar Expedición Fusagasuga Estado Civil Soltero

Dirección de Residencia Calle 15 #3 67 Barrio Vereda La 12 Ciudad/Municipio Villavicencio

País Colombia Parentesco Padre

Estado Civil Soltero Unión Libre Casado Viudo Separado Nivel de Escolaridad Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Universitario Especialización Maestría Doctorado

Ocupación Técnico Profesional Empleado Independiente Pensionado Desempleado Nivel de Ingresos Hasta 1 SMLV Entre 1 y 2 SMLV Entre 2 y 3 SMLV Entre 3 y 4 SMLV Más de 4 SMLV

Fecha de Ingreso 01 09 26 Cargo Operario Salario Básico Mensual ($) 2 989 350 Tipo de Salario Fijo Variable Tiempo Completo

Dirección de la Empresa donde Labora Calle 2A #30 56 Barrio Vereda La Caratina Ciudad/Municipio Villavicencio

Empleador Anterior Fecha de Retiro

Nombre Empleador NIT Fecha de Ingreso

Nombre Empleador NIT Fecha de Ingreso

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Tipo de Identificación TI CC PEP PPT CE SC N° Sexo F M BN Celular

Fecha de Nacimiento Fecha de Expedición Correo Electrónico País

Dirección de Residencia Barrio Vereda Ciudad/Municipio Estrato Estudios

Nombre del Empleador donde Trabaja Salario Básico Mensual ($) Recibe Otros Mensuales SI NO

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco				Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo(a)	Padre(s)	Hermano(a)	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Manifiesto que más de la mitad de los menores a cargo no hace parte de su grupo familiar, pero la suma de aportes para el sostenimiento del mismo supera el 50% de los ingresos del trabajador.

Si desea información sobre vacantes los Ajustes disponibles en el momento en el cargo de Industrias requeridos los siguientes datos.

Nombres y Apellidos Correo Electrónico Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que toda información aquí consignada es verídica y corresponde a la realidad. Autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Meta para verificar la información aquí consignada. Declaro que no he sido beneficiario de ningún subsidio familiar en dinero ni recibo ningún subsidio familiar en dinero del sistema de la Caja de Compensación Familiar del Meta.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mediante el presente documento y de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Meta - COMFACA, para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y de menores de edad, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de COMFACA disponible en www.comfaca.com. Esta autorización permite a COMFACA recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos personales suministrados, para las siguientes finalidades: 1. Gestionar la afiliación de los trabajadores y sus beneficiarios al Sistema de Subsidio Familiar. 2. Gestionar el pago de los aportes parafiscales. 3. Gestionar el pago de los subsidios monetarios. 4. Gestionar el pago de los servicios sociales. 5. Gestionar el pago de los servicios de salud. 6. Gestionar el pago de los servicios de educación. 7. Gestionar el pago de los servicios de recreación. 8. Gestionar el pago de los servicios de vivienda. 9. Gestionar el pago de los servicios de crédito. 10. Gestionar el pago de los servicios de ahorro. 11. Gestionar el pago de los servicios de seguros. 12. Gestionar el pago de los servicios de asesoría. 13. Gestionar el pago de los servicios de capacitación. 14. Gestionar el pago de los servicios de investigación. 15. Gestionar el pago de los servicios de publicidad. 16. Gestionar el pago de los servicios de mercadeo. 17. Gestionar el pago de los servicios de ventas. 18. Gestionar el pago de los servicios de atención al cliente. 19. Gestionar el pago de los servicios de quejas y reclamos. 20. Gestionar el pago de los servicios de sugerencias. 21. Gestionar el pago de los servicios de felicitaciones. 22. Gestionar el pago de los servicios de agradecimientos. 23. Gestionar el pago de los servicios de reconocimientos. 24. Gestionar el pago de los servicios de premios. 25. Gestionar el pago de los servicios de incentivos. 26. Gestionar el pago de los servicios de bonificaciones. 27. Gestionar el pago de los servicios de descuentos. 28. Gestionar el pago de los servicios de promociones. 29. Gestionar el pago de los servicios de ofertas. 30. Gestionar el pago de los servicios de campañas. 31. Gestionar el pago de los servicios de eventos. 32. Gestionar el pago de los servicios de ferias. 33. Gestionar el pago de los servicios de exposiciones. 34. Gestionar el pago de los servicios de convenciones. 35. Gestionar el pago de los servicios de congresos. 36. Gestionar el pago de los servicios de seminarios. 37. Gestionar el pago de los servicios de talleres. 38. Gestionar el pago de los servicios de cursos. 39. Gestionar el pago de los servicios de diplomados. 40. Gestionar el pago de los servicios de especializaciones. 41. Gestionar el pago de los servicios de maestrías. 42. Gestionar el pago de los servicios de doctorados. 43. Gestionar el pago de los servicios de pregrados. 44. Gestionar el pago de los servicios de tecnologías. 45. Gestionar el pago de los servicios de técnicos. 46. Gestionar el pago de los servicios de bachilleratos. 47. Gestionar el pago de los servicios de primarias. 48. Gestionar el pago de los servicios de preescolares. 49. Gestionar el pago de los servicios de jardines infantiles. 50. Gestionar el pago de los servicios de guarderías. 51. Gestionar el pago de los servicios de hogares comunitarios. 52. Gestionar el pago de los servicios de hogares sustitutos. 53. Gestionar el pago de los servicios de hogares de paso. 54. Gestionar el pago de los servicios de hogares de acogida. 55. Gestionar el pago de los servicios de hogares de protección. 56. Gestionar el pago de los servicios de hogares de rehabilitación. 57. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 58. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 59. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 60. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 61. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 62. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 63. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 64. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 65. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 66. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 67. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 68. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 69. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 70. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 71. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 72. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 73. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 74. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 75. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 76. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 77. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 78. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 79. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 80. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 81. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 82. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 83. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 84. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 85. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 86. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 87. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 88. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 89. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 90. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 91. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 92. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 93. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 94. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 95. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 96. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 97. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización. 98. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reintegración. 99. Gestionar el pago de los servicios de hogares de reinserción. 100. Gestionar el pago de los servicios de hogares de resocialización.

Firma del Trabajador Firma del Empleador Firma y Huella del Trabajador Firma y C.C.

Scanned with

2837

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.844.182
GAVIRIA CONTRERAS
APELLIDOS
JOHATHAN ANDRES
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1988
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-SEP-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00159728-M-1121844182-20090620 0012706827A 1 28498497

2838

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121844182	GAVIRIA CONTRERAS JOHATHAN	01/07/2026		12520212	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

2839

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
4. Afiliación [X] 5. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado
4. Contribución solidaria
Si No
5. Tipo de Afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente C. Pensionado
7. Código
(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE O BENEFICIARIO

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gaviria	Contreras	Johathan	Andres

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1.121 844 182
11. Sexo biológico: Femenino / Masculino [X]
12. Sexo identificación: F / M [X] / T / NB / Otro / Cual
13. Nacionalidad: Colombiano

Lugar de nacimiento: País: Colombia; Departamento: Santander; Municipio: Villavicencio
15. Fecha de nacimiento: 10 08 1988

III. DATOS DE UBICACIÓN Y COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si / No; Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si / No
20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo
21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL SURA
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: $ 5 554.000
25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: Cra 17 A # 15 A - 66
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3164913363
Correo Electrónico: gaviria84@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio / Distrito: Villavicencio
Localidad / Comuna
Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso [X] / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge 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: País / Departamento / Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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
B1				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B2				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B3				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B4				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	
B5				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	

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
B1					Si / No	Nivel / Grupo	Si / No; Categoría de discapacidad	Si / No
B2					Si / No	Nivel / Grupo	Si / No; Categoría de discapacidad	Si / No
B3					Si / No	Nivel / Grupo	Si / No; Categoría de discapacidad	Si / No
B4					Si / No	Nivel / Grupo	Si / No; Categoría de discapacidad	Si / No
B5					Si / No	Nivel / Grupo	Si / No; Categoría de discapacidad	Si / No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (si aplica según lo establecido en la ADRES)
B1			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIACIÓN

2840

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

55. Nombre o razón social: Consorcio Inteiparques

56. Tipo documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 902.051 541-3

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

Dirección: Calle 2 A #30-56 Barrio la coralina

Teléfono fijo o Celular: 3214437030

Correo Electrónico: Consorcointeiparques ac@gmail.com

Departamento: Meta

Municipio / Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identificación.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- 11. Inscripción EPS retorno al país.
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gaviria	Contreras	Johathan	Andres

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.121.844.182	Femenino: / Masculino: X	F / M X / T / NB / Otro / Cual	10 08 1988

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	01 07 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PT
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencias de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el artículo 19 del

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker proceso

2891

porvenir
sólo hay uno

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:

JOHATHAN ANDRES GAVIRIA CONTRERAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.844.182**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Abril 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.

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

División de Subsidios FD-170-01-F01

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

2842

Afiliación Primera Vez: ☐ Reafiliación: ☐ Adición de Beneficiarios: ☐ Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): ☐ Veteranos Ley (1979/2019): ☐

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Nombre Empleador: Consorcio Interparques | NIT (X) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N°: 902.051.541-3 | Celular: 3214437630

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A #30-56 | Barrio/Vereda: La coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Gavina | Segundo Apellido: Contreras | Nombres: Johathon Andres

Tipo de Identificación: TI (X) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N°: 1.121.844.182

Fecha de Nacimiento: 10 08 1988 | Fecha de Expedición: 06 09 2006 | Sexo: F (X) NB ( ) | Celular: 3164913363

Dirección de Residencia: Cra 1 A #15A-66 | Correo Electrónico: gavina87@gmail.com | Profesión: Ing Civil

País: Colombia | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: Villavicencio | RURAL ( ) URBANO (X)

Estado Civil: Soltero (X) Casado ( ) Unión Libre ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) | Resguardo: | Pueblo Indígena:

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Room/Gitano ( ) No Disponible ( ) No de Autoreconoce ( ) Raizal de Arch. S.A y S.Catalina ( )

Orientación Sexual: Heterosexual (X) Homosexual ( ) Bisexual ( ) No Disponible ( )

Nivel de Escolaridad: Preescolar ( ) Básica Secundaria ( ) Media ( ) Básica Adultos ( ) Secundaria Adulto ( ) Media Adultos ( ) Tra Infancia ( ) Técnico Profesional ( ) Tecnólogo ( ) Profesional (X) Posgrado Maestría ( ) Secundaria Normalista ( ) Ninguno ( )

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad ( ) Desplazado ( ) Damnificado Desastre Natural ( ) Desmovilizado o Reinsertado ( ) Población Zonas Fronterizas ( ) Vic. Conflicto Armado no Desplazado ( ) Ejercicio Trabajo Sexual ( ) Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado ( ) Hijo(a) Familia de Madre Cabeza ( ) Población Migrante ( ) No Disponible ( ) Ninguno (X)

III. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 07 2026 | Cargo: Ing Residente | Salario Básico Mensual ($): $5.554.000 | Tipo de Salario: Fijo (X) Variable ( ) | Tipo de Contrato: Fijo ( ) Indefinido (X)

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-56 | Barrio/Vereda: La coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: | Fecha de Retiro: DD MM AAAA

IV. DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

V. DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

Tipo de Identificación: TI ( ) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N°:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA | Fecha de Expedición: DD MM AAAA | Sexo: F ( ) M ( ) BN ( ) | Celular:

Dirección de Residencia: | Barrio/Vereda: | Correo Electrónico: | País:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Ciudad/Municipio: | RURAL ( ) URBANO ( )

Salario Básico Mensual ($): | Recibe Cuota Monetaria: SI ( ) NO ( )

VI. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos.

Nombres y Apellidos: | Correo Electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades.
*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla: ☐

IMPORTANTE:

Los documentos que presenten alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores unicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR ...

2943



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.234.788.805

FALLA TORRES

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Falla

FIRMA

07-OCT-1997

FECHA DE NACIMIENTO

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-OCT-2015 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-5200150-00768296-F-1234788805-20151126 0047564398A 1 44981231

ARL | sura 2849

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1234788805	LUISA FERNANDA FALLA TORRES	01/07/2026		12520212	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

2845

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual; Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. Del Oficio

3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: SI NO

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X; B. Independiente; C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando sea mayor o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Falla	Torres	Luisa	Fernanda

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1.234 788 805

11. Sexo biológico: Femenino X Masculino

12. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cual

13. Nacionalidad: Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País Colombia; Departamento Meta; Municipio Villavicencio

15. Fecha de nacimiento: 07 10 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad: SI NO X Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN: SI NO

20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL SURA

23. Administradora de Pensiones: Colpensiones

24. Ingreso base de cotización - IBC: $5.429.000

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: Calle 26 A Sur #38-28

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3204741105

Correo Electrónico: luisafalla@yahoo.es

Departamento: Meta

Municipio / Distrito: Villavicencio

Localidad / Comuna

Zona: Cabecera Municipal X; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge 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: País; Departamento; Municipio

34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B2					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B3					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B4					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B5					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

REV

2846

II. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
53.1		
53.2		
53.3		
53.4		
53.5		

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Interparques AC	NIT	902.051541-3	

59. Dirección: Calle 2 A # 30-56 Barrio La Coralina — Teléfono fijo o Celular: 3214937630

Correo Electrónico: consorciointerparquesac@gmail.com — Departamento: Meta — Municipio / Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identificación
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- 5. Terminación de la inscripción ante la EPS — Código:
- 6. Reporte de pago a través de un tercero — Código:
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Inscripción EPS, retorno al país
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 14. Movilidad — A. Régimen Contributivo — B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado — A. Mismo Régimen — B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- 21. Retiro de Contribución Solidaria

V. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Falla	Torres	Luisa	Fernanda

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1 234 788805	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cual	07 10 1997

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad: 05 06 2026

67. Motivo de traslado: Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Luisa Falla.

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

Página 1 de 1 — Versión: 21 — Fecha de vigencia: 2026-01-20

2897

I.INFORMACION DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: [ ] Reintegro: [ ] Adición de Beneficiarios: [ ] Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): [ ] Veteranos Ley (1979/2019): [ ]

Nombre Empleador: Consorcio Interparques — TI [ ] CC [X] PEP [ ] PPT [ ] CE [ ] SC [ ] N°: 402 051 541-3 — Celular: 3214437630

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A # 30-56 — Barrio/Vereda: La coralina — Ciudad/Municipio: Villavicencio

II.INFORMACION DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Falla — Segundo Apellido: Torres — Nombres: Luisa Fernanda

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [X] PEP [ ] PPT [ ] CE [ ] SC [ ] — N°: 1.234.788.805 — Sexo: F [X] M [ ] NB [ ] — Celular: 3204741105

Fecha de Nacimiento: 07 10 97 — Fecha de Expedición: 13 10 2015 — Correo Electrónico: luisafalla@yahoo.es — Profesión: SST

Dirección de Residencia: Calle 26 A Sur # 38-41 — Barrio/Vereda: — Ciudad/Municipio: Villavicencio — RURAL [ ] URBANO [X]

País: Colombia — Resguardo: — Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero(a) [X] Casado(a) Unión Libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano(a) Indígena Comunidad Negra Palenquero Room/Gitano No Disponible No se Autoreconoce Raizal de Arch. S.A. y S. Catalina

Orientación Sexual: Heterosexual [X] Homosexual Bisexual No Disponible

Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media Básica Adultos Secundaria Adultos Media Adultos Ira Infancia Técnico Profesional Tecnólogo Profesional [X] Postgrado/Maestría Secundaria Normalista Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad Desplazados Damnificados Desastre Natural Desmovilizado o Reinsertado Población Zonas Fronteras Vic. Conflicto Armado no Desplazado Ejercen Trabajo Sexual Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado Hijo(a) Familia de Madres Cabeza Población Migrante No Disponible Ninguno [X]

III.INFORMACION DE LA AFILIACION (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 09 2026 — Cargo: SST — Salario Básico Mensual ($): $5.429.000 — Tipo de Salario: Fijo [X] Variable — Tipo de Contrato: Fijo [X] Indefinido

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A # 30-56 — Barrio/Vereda: La coralina — Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: — Fecha de Retiro: DD MM AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: — NIT: — Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: — NIT: — Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

V.DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: — Segundo Apellido: — Nombres:

Tipo de Identificación: TI [ ] CC [ ] PEP [ ] PPT [ ] CE [ ] SC [ ] — N°: — Sexo: F [ ] M [ ] BN [ ] — Celular:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA — Fecha de Expedición: DD MM AAAA — Correo Electrónico: — País:

Dirección de Residencia: — Barrio/Vereda: — Ciudad/Municipio: — RURAL [ ] URBANO [ ]

Nombre del Empleador donde Trabaja: — Salario Básico Mensual ($): — Recibe Cuota Monetaria: SI [ ] NO [ ]

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: Nombres y Apellidos: — Correo Electrónico: — Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a ello, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co ; información que será utilizada para las siguientes finalidades:
*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Luisa Falla

FIRMA DEL TRABAJADOR — FIRMA DEL EMPLEADOR — FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR — FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla: [ ]

IMPORTANTE:

Los documentos que presentan alteraciones o entrerrenduras no salvadas serán rechazados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

2848

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUISA FERNANDA FALLA TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1234788805,** se encuentra afiliado/a desde **28/07/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de abril de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.119.892.860
GOMEZ JAIMES
APELLIDOS
HECTOR ARMANDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1996
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-DIC-2014 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-5202000-00673546-M-1119892860-20150227
0043335913A 2
41643322

2850

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1119892960	HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES	01/07/2026		12520212	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado:

2851

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliacion X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual; B. Colectivo; C. Institucional; D. De Oficio; Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o Afiliado adicional

3. Regimen: A. Contributivo; B. Subsidiado

4. Contribucion solidaria: Si; No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado

7. Codigo (a registrar por la EPS)

II. DATOS MINIMOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando sean afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Jaimes	Hector	Armando

9. Tipo de documento de identidad	10. Numero del documento de identidad	11. Sexo biológico: Femenino / Masculino	12. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual	13. Nacionalidad
CC	1.119.892.860	X	X	Colombiano

14. Lugar de nacimiento: Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Villavicencio Colombia	Meta	Villavicencio	20111996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia; 17. Comunidad; 18. Discapacidad (Si / No; Categoria de discapacidad); 19. Tiene encuesta SISBEN (Si / No); 20. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo); 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL SURA

23. Administradora de Pensiones: Porvenir

24. Ingreso base de cotización - IBC: $5.429.000

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Calle 2A # 30-56 Ja Coralina

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3204752661

Correo Electrónico: hpjaimes1996@hotmail.com

Departamento: Meta

Municipio / Distrito: Villavicencio

Localidad / Comuna:

Zona: Cabecera Municipal X; Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge 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. Numero del documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino / Masculino	31. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: Pais; Departamento; Municipio

34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Numero del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino / Masculino	40. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual	41. Lugar de nacimiento: Pais / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (Si / No)	48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Si / No; Categoria de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si / No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIACIÓN

2852

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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 documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Interparques	NIT	902.051 541-3	

59. Ubicación

Dirección: Calle 2A # 30-56 La Coralina — Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: consorciointerparques@gmail.com — Departamento: Meta — Municipio / Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inactivación EPS retorno a: pare
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Jaimes	Hector	Armando

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.119.892-860	Femenino: Masculino: X	F: M: X T: NB: Otro: Cual:	20 11 96

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	01 07 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no afiliación del cotizante, Cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

2953

porvenir
sólo hay uno

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:

HECTOR ARMANDO GOMEZ JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.119.892.860**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 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.

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Dirección de Subsidio NO-17-01-01

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

Página 1 de 1
Versión: 21
Fecha de Vigencia: 2026-01-20

2854

I.INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: ( ) Reafiliación: ( ) Adición de Beneficiarios: ( ) Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): ( ) Veteranos Ley (1979/2019): ( )

Nombre Empleador: Consorcio Interparques NIT: (X) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N° 902 051 541-3 Celular: 321 443 7630

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A #30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

II.INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Gomez Segundo Apellido: Jaimes Nombres: Hector Armando

Tipo de Identificación: TI (X) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N° 1.119.892.860 Sexo: F ( ) M (X) NB ( ) Celular: 3204752667

Fecha de Nacimiento: 20 11 1996 Fecha de Expedición: 09 12 2014 Correo Electrónico: hpjaimes1996@hotmail.com Profesión: Ing Civil

Dirección de Residencia: Calle 2A #30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio RURAL ( ) URBANO (X)

País: Colombia Resguardo: Pueblo Indígena:

Estado Civil: Casado (X) Unión Libre ( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Pertenencia Étnica: Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) Comunidad Negra ( ) Palenquero ( ) Room/Gitano ( ) No Disponible ( ) No se Autoreconoce ( ) Raizal de Archi S.A y S.Catalina ( )

Orientación Sexual: Heterosexual (X) Homosexual ( ) Bisexual ( ) No Disponible ( ) Nivel de Escolaridad: Preescolar ( ) Básica Primaria ( ) Básica Secundaria ( ) Media ( ) Básica Adultos ( ) Secundaria Adultos ( ) Media Adultos ( ) Tres Intensidad ( ) Técnico Profesional ( ) Tecnólogo ( ) Profesional (X) Posgrado Maestría ( ) Secundaria Normalista ( ) Ninguno ( )

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad ( ) Desplazado ( ) Damnificados Desastre Natural ( ) Desmovilizado o Reinsertado ( ) Población Zonas Fronterizas ( ) Vic. Conflicto Armado no Desplazado ( ) Ejercicio Trabajo Sexual ( ) Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado ( ) Hijo(a) Familia de Madres Cabeza ( ) Población Migrante ( ) No Disponible ( ) Ninguno (X)

III.INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 07 2026 Cargo: Ing. Auxiliar Salario Básico Mensual ($): $5.429.000 Tipo de Salario: Fijo (X) Variable ( ) Tipo de Contrato: Fijo (X) Indefinido ( )

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: Fecha de Retiro: DD MM AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

V.DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI ( ) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N° Sexo: F ( ) M ( ) BN ( ) Celular:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Fecha de Expedición: DD MM AAAA Correo Electrónico: País:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: RURAL ( ) URBANO ( )

Nombre del Empleador donde Trabaja: Salario Básico Mensual ($): Recibe Cuota Monetaria: SI ( ) NO ( )

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedicion			Discapacidad	
Tipo	Numero ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si el padre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la madre autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos

Nombres y Apellidos: Correo Electrónico: Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 46 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para los siguientes finalidades:
*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofas, rondas, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla: ( )

IMPORTANTE:

Los documentos que presentan alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

2855

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.919.519



Apellidos
MORENO VASQUEZ

Nombres
MARIA ALEJANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
20 JUL 2004	B+	

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

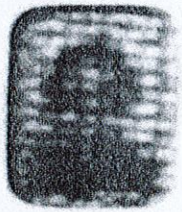
Fecha y lugar de expedición
25 OCT 2022, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
25 OCT 2032

Firma

2856

0079185 48



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0079185486520O1<<<<<<<<<<<
0407207F3210259COL1122919519<8
MORENO<VASQUEZ<<MARIA<ALEJANDR

2957

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1122919519	MORENO VASQUEZ MARIA ALEJANDRA	01/07/2026		22312913	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 15/04/2026 00:12:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

2858

I. DATOS DEL AFILIADO

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual; Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectivo; C. Institucional; D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: SI NO

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; C. Afiliado adicional

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado

7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Jaimes	Daniela	Alejandra

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1.010.130.556

11. Sexo biológico: Femenino X Masculino

12. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cual

13. Nacionalidad: Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País Colombia; Departamento Meta; Municipio Villavicencio

15. Fecha de nacimiento: 19092000

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: ARL SURA

23. Administradora de Pensiones: Porvenir

24. Ingreso base de cotización - IBC: $2.279000

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Dirección: Calle 12 # 46 -16; Teléfono Casa: 3124303305; Teléfono Fijo:

Correo Electrónico: danielaalejandragomezj@gmail.com

Departamento: Meta; Municipio / Distrito: Villavicencio; Localidad / Comuna:

Zona: Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge 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: País; Departamento; Municipio

34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres (Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre)

B1
B2
B3
B4
B5

	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
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

2859

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
51		
52		
53		
54		
55		

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

55. Nombre o razón social: Consorcio Interparques

56. Tipo documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 902.051.541-3

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección: Calle 2A # 30-56 la coralina
Teléfono fijo o Celular:
Correo Electrónico: consorciointerparquesac@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio / Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identificación.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la exención en la EPS.
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Inscripción EPS retorno a país.
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
17. Reporte del trámite de protección al cesante.
18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
19. Reporte de la calidad de Pensionado.
20. Ingreso a Contribución Solidaria.
21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Jaimes	Daniela	Alejandra

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.010.130.556	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M T NB Otro Cual	19092000

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad: 01072026

67. Motivo de traslado: Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: DANIELA GOMEZ

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

II. REPORTE DE NOVEDADES

2860

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ALEJANDRA MORENO VASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1122919519,** se encuentra afiliado/a desde **16/08/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de abril de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Moreno | Vasquez | Maria | Alejandra

CC | 1 122 919 519 | Colombiana

Colombia | Meta | Villavicencio | 21 OCT 2004

ARL SURA | Colpensiones | $ 2.279.000

Cra 32 B # 3C - 81

322 363 1880 | alejamorevasquez2108@gmail.com

2362

Empresa Interparques NIT 900.031.541-3

Dirección Calle 2A # 30-56 La Coralina

Teléfono 3209[illegible]

Correo Electrónico interparquesac@gmail.com Ciudad Meta Departamento Villavicencio

Tipo de afiliado

1. Validación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización novedades de datos complementarios
5. Terminación de la afiliación en la EPS Código
6. Traslado de régimen Código
7. Inclusión del beneficiario a los afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios a los afiliados adicionales
9. Pago de aportes laborales o de liquidación de cotizaciones para cotizar
10. Transferencia de la afiliación laboral o cambio de las cotizaciones para seguir cotizando
11. Inscripción a EPS cabeza de hogar
12. Vinculación a una entidad promotora administradora
13. Cambio de datos de una afiliada cuyo hijo nazca en el exterior
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Misma Regional B. Diferente Regional
16. Registro de fallecimiento del Cotizante o Causante de afiliado
17. Reporte del estado de afiliación al cotizante
18. Reporte de la validez de Pre-autorización
19. Reporte de la validez de Pre-autorización
20. Registro o Confirmación Conyugal
21. Retiro de Cotizantes Pensionados

Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Moreno	Vasquez	Maria	Alejandra

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo biológico	Sexo identificación	Edad	Fecha de nacimiento
CC	1 122 919 519	Femenino X Masculino	F X M I NB OIN		2008-12-06

Nombre EPS anterior	Fecha de retiro	Motivo de traslado	Caja de compensación familiar a la cual se encuentra afiliado
	01 07 2026	Código	COFREM

Novedades

20. Terminación del reconocimiento económico de los beneficiarios adicionales
21. Declaración de no afiliación al Régimen Contributivo. Especifique el motivo
22. Declaración de ausencia de hijos de la cabeza de familia con edades comprendidas entre los 12 meses y los 18 años
23. Declaración de no inscripción del cónyuge de la cabeza de familia en ninguna otra entidad promotora de salud
24. Autorización para que la EPS suspenda y vuelva activa la afiliación de la cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
25. Autorización para que la EPS suspenda la interrupción que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a causa de pago de afiliados dignos y de entidades públicas que prevé el artículo 3 de la Ley 1797 de 2016
26. Autorización para que la EPS excluya los datos personales del cónyuge o compañero(a) permanente del afiliado o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de conformidad con lo señalado en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
27. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto
28. Autorización de los beneficiarios para vincularse a la Cotización Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
29. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Cotización Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

Información del cabeza de familia

30. En caso de Ausencia o Fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Cotización Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

Firmas

31. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	32. Apoderado o vocero del representante legal de la entidad solicitante, liquidadora o de Cruz
Maria	

Anexos

33. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos	CN	CE	TI	CC	RC	PA	CD	SC	PT

34. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente
35. Copia del registro civil de nacimiento o, si es la escritura pública, el acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
36. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, nulidad del matrimonio religioso civil, declare la separación de cuerpos, cesación de efectos civiles de matrimonio religioso civil, de conformidad con lo señalado en la Ley 1564 de 2012
37. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
38. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
39. Declaración del cual proviene la persona de la pareja anterior, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada ante dos testigos sobre el abandono del cónyuge
40. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numerales 4 y 5 del artículo 2.7.1 del Decreto 780 de 2016
41. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
42. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que brinde la validez de beneficiario, o se ordene la afiliación de oficio

Información de la Entidad Territorial

43. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del Departamento	45. Nombre de la Institución

Información del funcionario

46. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	48. Firma del funcionario	49. Fecha de radicación

Observaciones

Autorizo de manera libre, voluntaria y expresa a la Caja de Compensación Familiar del Meta - COFREM para que realice el tratamiento de mis datos personales y los de mi grupo familiar, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales disponible en www.cofrem.com.co

Scanned with

2863

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.432.018



Apellidos
DIAZ JAIMES

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
06 ENE 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
10 ENE 2023, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
10 ENE 2033

.CO

0122156 54

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0122156548520 01<<<<<<<<<<<
0501068F3301100COL1123432018<7
DIAZ<JAIMES<<MARIA<JOSE<<<<<<<

2869

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1123432018	DIAZ JAIMES MARIA JOSE	01/07/2026		16715721	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 15/04/2026 00:10:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

2865

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
5273358367	0|1|0|7|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afil acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
DIAZ Primer apellido	JAIMES Segundo apellido	MARIA Primer nombre	JOSE Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1123432018	Femenino ☒ Masculino ☐	0|6|0|1|2|0|0|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion TP		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2135250

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono	Correo electrónico
CRA 19 #2ª -30 VIZCAYA		3208980749	mariadiazj2005@gmail.com

Municipio/Distrito	zona			Localidad / comuna	Departamento
VILLAVICENCIO	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐			META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición I	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	-	-
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTERPARQUES AC	NIT	902051541	03

39. Ubicación				
CLL 2ª 30-56 Dirección	3214437630 Teléfono	CONSORCIOINTERPARQUESAC@GMAIL.COM Correo electrónico	VILLAVICENCIO Municipio/distrito	META Departamento

2966

No de Radicacion
4013343937

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|7|2|0|2|6

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

2867

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

MARIA JOSE DIAZ JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.432.018**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

FORMATO

"AFILIACION DEL TRABAJADOR"

2368

Afiliación Previa SI [ ] Afiliación [X] Novedad de Reintegro [ ] Cambio de Caja de Compensación Previa [ ] Cambio de Caja [ ]

Nombre o Razón Social: Grupo Tmp [illegible] Nit: 900.054.941-3

Dirección Principal del Empleador: Calle 2 A # 30-56 Barrio/Vereda: La Coralina

Primer Apellido: Diaz Segundo Apellido: Gomez Nombres: Diana Laura

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC Nº: 1 123 432 018 Sexo: M F Celular: 320 [illegible]

Fecha de Nacimiento: 06 01 2004 Fecha de Expedición: 10 01 2022 Correo Electrónico: mariadiaz2005@hotmail.com Teléfono: [illegible]

Dirección de Residencia: Cra 19 # 24-30 Barrio/Vereda: Nazareth Ciudad/Municipio: Villavicencio Depto: Meta

País: Colombia Nacionalidad: [illegible] Puesto Vacante: [illegible]

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo Pertenencia Etnica: [illegible]

Ocupación Según: [illegible] Nivel de Escolaridad: [illegible]

Factor Vulnerabilidad: [illegible]

INFORMACIÓN LABORAL

Fecha de Ingreso: 01 09 26 Cargo: Secretaria Salario Básico Mensual $: 2.133.250 Tipo de Salario: [X] Integral Tipo de Contrato: [X] [illegible]

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2 A # 30-56 Barrio/Vereda: La Coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: [illegible] Fecha de Retiro: [illegible]

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Empleador: [illegible] NIT: [illegible] Fecha de Ingreso: [illegible]

Nombre Empleador: [illegible] NIT: [illegible] Fecha de Ingreso: [illegible]

DATOS DEL BENEFICIARIO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC Nº: Sexo: F M Celular:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Expedición: Correo Electrónico: Piso:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: Rural: Urbano:

Nombre del Empleador donde Trabaja: Teléfono Empleador: Fecha Ocaso Matrimonio: SI NO

VINCULACIÓN DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS Y DOCUMENTOS ANEXOS

Parentesco	Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo(a)	Hijastro(a)	Padre	Hermano	En Custodia	Fecha Nacimiento DD	MM	AAAA	Fecha Expedición DD	MM	AAAA	Discapacidad SI	NO

Relacione todos los hijos menores de 18 años que tenga registrados en Base de Datos de la Caja de Compensación Familiar, aunque no convivan con usted.

No olvide adjuntar los documentos

Si el trabajador no tiene hijos menores de 18 años, diligencie el siguiente cuadro:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Declaro bajo la gravedad de juramento que estos documentos no han sido presentados con anterioridad ante otra Caja de Compensación Familiar. Si el trabajador no tiene hijos menores de 18 años, diligencie el siguiente cuadro:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Declaro bajo la gravedad de juramento que estos documentos no han sido presentados con anterioridad ante otra Caja de Compensación Familiar.

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC Nº: Sexo: F M Celular:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Expedición: Correo Electrónico: Piso:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: Rural: Urbano:

Nombre del Empleador donde Trabaja: Teléfono Empleador: Fecha Ocaso Matrimonio: SI NO

VINCULACIÓN DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS Y DOCUMENTOS ANEXOS

Parentesco	Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo(a)	Hijastro(a)	Padre	Hermano	En Custodia	Fecha Nacimiento DD	MM	AAAA	Fecha Expedición DD	MM	AAAA	Discapacidad SI	NO

Relacione todos los hijos menores de 18 años que tenga registrados en Base de Datos de la Caja de Compensación Familiar, aunque no convivan con usted.

No olvide adjuntar los documentos

Si el trabajador no tiene hijos menores de 18 años, diligencie el siguiente cuadro:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Declaro bajo la gravedad de juramento que estos documentos no han sido presentados con anterioridad ante otra Caja de Compensación Familiar.

Declaro bajo la gravedad de juramento que estos documentos no han sido presentados con anterioridad ante otra Caja de Compensación Familiar. Si el trabajador no tiene hijos menores de 18 años, diligencie el siguiente cuadro:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Declaro bajo la gravedad de juramento que estos documentos no han sido presentados con anterioridad ante otra Caja de Compensación Familiar.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: [illegible]

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Scanned with



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.130.556

GOMEZ JAIMES
APELLIDOS

DANIELA ALEJANDRA
NOMBRES

Daniela Gómez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-2000
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

08-OCT-2018 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-5202000-01143258-F-1010130556-20200630 0071033978A 1 9912473549

2870

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010130556	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ JAIMES	01/07/2026		12520212	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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

2871

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual Cotizante / Cabeza de Familia; Beneficiario / Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. Del Oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: SI / NO
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X; B. Independiente; C. Pensionado
7. Código (A registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Gomez — Segundo Apellido: Jaimes — Primer Nombre: Daniela — Segundo Nombre: Alejandra
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1.010.130.556
11. Sexo biológico: Femenino X / Masculino
12. Sexo identificación: F X / M / T / NB / Otro / Cual
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País Colombia — Departamento Meta — Municipio Villavicencio
15. Fecha de nacimiento: 19092000

III. DATOS DE UBICACIÓN

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: ARL SURA
23. Administradora de Pensiones: Porvenir
24. Ingreso base de cotización - IBC: $2.279.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Calle 12 # 46 -16
Teléfono Celular: 3124303305
Teléfono Fijo
Correo Electrónico: danielaalejandragomezj@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio / Distrito: Villavicencio
Localidad / Comuna
Zona: Cabecera Municipal X / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge 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: País / Departamento / Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres (Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre)	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (SI / NO)	48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (SI / NO / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (SI / NO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona (Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural)	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

2872

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

55. Nombre o razón social: Consorcio Interparques

56. Tipo de documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 902.051.541-3

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección: Calle 2A # 30-56 la coralina
Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico: consorciointerparquesac@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio / Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inactivación EPS retorno al país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Jaimes	Daniela	Alejandra

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.010.130.556	Femenino ✓ Masculino	F ✓ M T NB Otro Cual	19092000

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	01072026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: DANIELA GOMEZ

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

II. REPORTE DE NOVEDADES

2873

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

DANIELA ALEJANDRA GOMEZ JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.130.556**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

División de Subsidios FO-178-01-F01

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

Página 1 de 1 | Versión: 21 | Fecha de Vigencia: 2026-01-20

2879

I.INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: | Reafiliación: | Adición de Beneficiarios: | Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): | Veteranos Ley (1979/2019):

Nombre Empleador: Consorcio Interparques | NIT: (CC) (CD) (PEP) (PPT) (CE) (SC) N°: 902.051.541-3 | Celular: 3214437630

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A #30-56 | Barrio/Vereda: La coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

II.INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Gomez | Segundo Apellido: Jaimes | Nombres: Daniela Alejandra

Tipo de Identificación: TI (X) CC PEP PPT CE SC | N°: 1.010.130.556 | Sexo: (X) F M NB | Celular: 3124303305

Fecha de Nacimiento: 19 09 2000 | Fecha de Expedición: 08 10 2018 | Correo Electrónico: danielaalejandragomezj@gmail.com | Profesión: Cadenero

Dirección de Residencia: Calle 12 #46-16 | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: Villavicencio | RURAL | URBANO (X)

País: Colombia | Resguardo: | Pueblo Indígena:

Estado Civil: (X) Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Indígena Comunidad Negra Palenquero Room/Gitano No Disponible No se Autoreconoce Raizal de Archi S.A y S.Catalina

Orientación Sexual: (X) Heterosexual Homosexual Bisexual No Disponible

Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Secundaria Media Básica Adultos Secundaria Adulto Media Adultos 1ra Infancia Técnico Profesional Tecnólogo Profesional (X) Posgrado Maestría Secundaria Normalista Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad Desplazado Damnificado Desastre Natural Desmovilizado o Reinsertado Población Zonas Fronteras Vic. Conflicto Armado no Desplazado Ejercicio Trabajo Sexual Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado Hijo(a) Familia de Madre Cabeza Población Migrante No Disponible (X) Ninguno

III.INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 07 2026 | Cargo: Cadenero | Salario Básico Mensual ($): 2.279.000 | Tipo de Salario: (X) Fijo Variable | Tipo de Contrato: (X) Indefinido

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-56 | Barrio/Vereda: La coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: | Fecha de Retiro: DD MM AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

V.DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC | N°: | Sexo: F M BN | Celular:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA | Fecha de Expedición: DD MM AAAA | Correo Electrónico: | País:

Dirección de Residencia: | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: | RURAL | URBANO

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Salario Básico Mensual ($): | Recibe Cuota Monetaria: SI NO

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos: | Correo Electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte oportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades:
*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí mismo o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co .Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

DANIELA GOMEZ

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

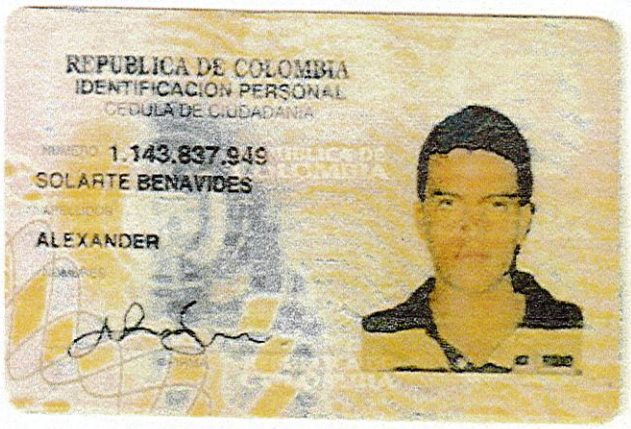
Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla:

IMPORTANTE:

Los documentos que presenten alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja. La información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO

2875


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.143.837.949
SOLARTE BENAVIDES
ALEXANDER


FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1991
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
22-JUL-2009 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-3100100-00373648-M-1143837949-20120508
0029835644A 1
1061835891

2876

ARL | sura

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1143837949	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	01/07/2026		12520212	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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

2877

A. Afiliación

1. Tipo de Afiliado: 2
2. Tipo de Afiliación: A. Individual
3. Régimen: C. Contributivo
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante
4. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X
5. Modalidad Solidaria: B. No

B. Datos Básicos de Identificación del Afiliado

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Solarte
Segundo Apellido: Benavide
Primer Nombre: Alexander
Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1143837949
9. Fecha de nacimiento: 02071991
10. Sexo biológico: Femenino / Masculino X
11. Sexo identificación: F / M X / T / NB / Otro / Cual
12. Nacionalidad: Colombiano
13. Lugar de nacimiento: País: Colombia; Departamento: Nariño; Municipio: Pasto

C. Datos Complementarios

Datos Personales
14. Etnia
15. Comunidad
16. Discapacidad: No X
17. Categoría de discapacidad
18. Tiene encuesta SISBÉN: No X
19. Clasificación SISBÉN
20. Grupo de población especial
21. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL SURA
22. Administradora de Pensiones: Colpensiones
23. Ingreso base de cotización - IBC: $5 554.000
24. Tarifa Contribución Solidaria

Datos de Residencia y Ubicación
25. Dirección de residencia: Cra 15 # 60-30 San Juan de Pasto
26. Teléfono fijo: 3154136254
27. Correo Electrónico: asbingeno@gmail.com
28. País: Nariño
29. Departamento: Pasto
30. Localidad / Comuna
31. Zona: Cabecera Municipal X / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

D. Datos de identificación de los beneficiarios del cotizante

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante
32. Apellidos y nombres
Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
33. Tipo de documento de identidad
34. Número del documento de identidad
35. Sexo biológico: Femenino / Masculino
36. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual
37. Nacionalidad
38. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio
39. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	40. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	41. Tipo de documento de identidad	42. Número del documento de identidad	43. Nacionalidad	44. Sexo biológico: Femenino / Masculino	45. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual	46. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	47. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	48. Parentesco	49. Etnia	50. Comunidad	51. Grupo de población especial	52. Tiene encuesta SISBÉN: No	53. Clasificación SISBÉN: Grupo / Categoría	54. Discapacidad: No / Categoría de discapacidad	55. Incapacidad permanente: No
B1					X		X	X
B2					X		X	X
B3					X		X	X
B4					X		X	X
B5					X		X	X

56. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	57. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar en la APC
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by ComScanner

2878

54. Código de la EPS (a registrar por la EPS)

IX. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN O DEL RESPONSABLE DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Consorcio Interparques AC
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902.051.541-3
58. Tipo de pensionado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: Calle 2 A # 30-56 La Coralina
Teléfono fijo o Celular: 3214437630
Correo Electrónico: consorciointerparquesac@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios y de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Traslado EPS régimen a país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

X. DATOS DEL AFILIADO SOBRE EL CUAL RECAE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido: Solarte
Segundo Apellido: Benavides
Primer Nombre: Alexander
Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad: CC
Número del documento de identidad: 1.143.837.949
62. Sexo biológico: Femenino / Masculino X
63. Sexo identificación: F / M X / NB / Otro / Cual
64. Fecha de nacimiento: 02 07 1991
65. EPS anterior:
66. Fecha de novedad: 01 07 2026
67. Motivo de traslado: Código
68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

XI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

XII. DATOS DEL CABEZA DE FAMILIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre / Tipo de documento de identidad / No. de documento de identidad

XIII. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

XIV. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos

XV. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
93. Nombre de la Institución

XVI. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad / Número del documento de identidad / 95. Firma del funcionario / 96. Fecha de radicación / 97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc identificación y nombre del Ejecutivo Comercial / Sello de Radicador / Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

2879

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALEXANDER SOLARTE BENAVIDESidentificado(a) con C.C No. 1.143.837.949, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de mayo del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

2980

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALEXANDER SOLARTE BENAVIDESidentificado(a) con C.C No. 1.143.837.949, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de mayo del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento (DD MM AAAA)

2981

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez ( ) Reafiliación ( ) Adición de Beneficiarios ( ) Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a) ( ) Veteranos Ley [illegible] ( )

Nombre Empleador: Consorcio Interparques | CC | PEP | PPT | CE | SC | Nº 902 051 541-3 | Celular 3214437690

Dirección Principal del Empleador: Calle 2A #30 - 56 | Barrio/Vereda: La Coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Solarte | Segundo Apellido: Benavides | Nombres: Albrander.

Tipo de Identificación: TI | CC X | PEP | PPT | CE | SC | Nº 1143837949 | Sexo: F | M X | NB | Celular: 3154136254

Fecha de Nacimiento: 02 03 1991 | Fecha de Expedición: 22 07 2009 | Correo Electrónico: asbingenio@gmail.com | Profesión: Ing. Civil

Dirección de Residencia: Cra 15 st 60 - 30 | Barrio/Vereda: San Juan Bosco | Ciudad/Municipio: Nanno | RURAL | URBANO X

País: Colombia | Resguardo: | Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero X | Casado | Unión Libre | Separado | Divorciado | Viudo | Pertenencia Étnica: Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room | Ninguno X | No se autoreconoce | Pueblos Rom S.A. y S. Cruz

Orientación Sexual: Heterosexual X | Homosexual | Bisexual | No Responde | Nivel de Escolaridad: Preescolar | Básica Primaria | Básica Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adultos | Media Adultos | Ninguna | Técnico Profesional | Tecnólogo | Universitario X | Postgrado | Maestría | Doctorado | Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad | Migrantes | Desplazado por Desastre Natural | Desmovilizado o Reincorporado | Privado Libertad | Víc. Conflicto Armado no Desplazado | Ejerce el Trabajo Sexual | Habit. Calle o Vendedor Ambulante | Habita Frontera de Mayor Cabida | Población Migrante | No Diligencia | Ninguno X

III. INFORMACION DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 07 2026 | Cargo: Ing Estructural | Salario Básico Mensual ($): 5 554 000 | Tipo de Salario: Ordinario X | Tipo de Contrato: Prestación de Servicios X

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-36 | Barrio/Vereda: La Coralina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

IV. DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso:

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso:

V. DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPANERO

Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

Tipo de Identificación: TI | CC | PEP | PPT | CE | SC | Nº: | Sexo: F | M | BN | Celular:

Fecha de Nacimiento: | Fecha de Expedición: | Correo Electrónico: | País:

Dirección de Residencia: | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: | RURAL | URBANO

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Salario Básico Mensual ($): | Recibe Cuota Monetaria: SI | NO

VI. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si el padre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será el titular autorizado para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos

Nombres y Apellidos	Correo Electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a las respectivas Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi sueldo familiar en dinero los valores que me hayan cancelado sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: autorizo de manera voluntaria y expresa a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi unidad familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co información que será utilizada para los siguientes finalidades:
"Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
"Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ferias, ferias, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
"Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
"Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
"Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual, de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en Caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

IMPORTANTE

Los documentos que presenten alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja. La información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

Powered by CamScanner

2882

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.850.083



Apellidos
SANTOS OSORIO

Nombres
MARIA VICTORIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 MAR 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
31 MAR 2025, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
31 MAR 2035

Firma

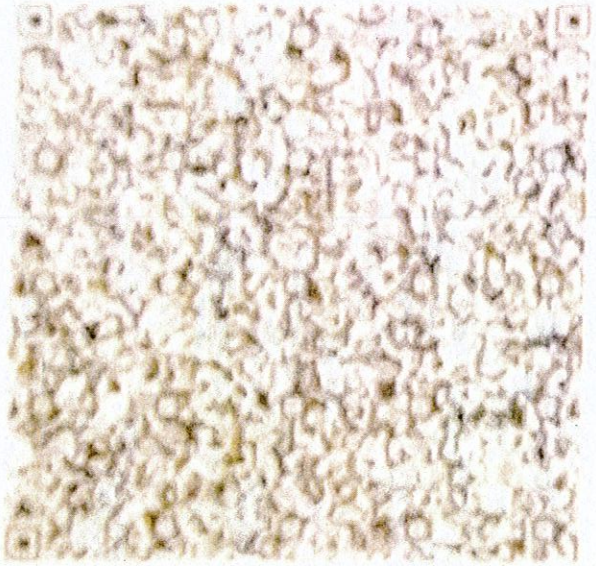
2883

.CO

0781087900



REGISTRADOR NACIONAL



ICCOL0781087900520O1<<<<<<<<<<<
0703013F3503317COL1121850083<9
SANTOS<OSORIO<<MARIA<VICTORIA<

ARL | sura 2884

Medellín, 30 de Junio 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 INTERPARQUES AC.

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 META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1121850083	MARIA VICTORIA SANTOS OSORIO	01/07/2026		12520212	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 15/04/2026 00:00:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.107.176.56, 192.230.104.18, 172.16.42.57

2885

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

A. Afiliación

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual X B. Cotizante o Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
3. Régimen: A. Contributivo X B. Subsidiado
4. Condición solidaria: SI NO
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

B. Datos básicos de identificación del Cotizante, Cabeza de Familia o Afiliado adicional

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Santos | Segundo Apellido: Osono | Primer Nombre: Mana | Segundo Nombre: Victoria
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1.121.850.083
11. Sexo biológico: Femenino X Masculino
12. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cual
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País Colombia | Departamento Meta | Municipio Villavicencio
15. Fecha de nacimiento: 01 03 2007

C. Datos complementarios

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si No — Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si No
20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: ARL SURA
23. Administradora de Pensiones: Colpensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: $2.135.250
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección: Cra 19 # 2A - 30 Vizcaya | Teléfono Fijo: 3112956386
Teléfono Celular: 3112956385 | Correo Electrónico: mvosorio@gmail.com
País: Meta | Municipio: Villavicencio | Localidad / Comuna | Zona: Cabecera Municipal X Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural

D. Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge 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: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

2886

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

D1

D2

D3

D4

D5

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

55. Nombre o razón social: Consorcio Interparques AC

56. Tipo documento de identificación: NIT

57. Número del documento de identificación: 902-051-541-3

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Dirección: Calle 2A #30-56 La Coralina

Teléfono fijo o Celular: 3214437630

Correo Electrónico: consorciointerparquesac@gmail.com

Departamento: Meta

Municipio - Distrito: Villavicencio

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción EPS retorno a país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido: Santos

Segundo Apellido: Osono

Primer Nombre: Mana

Segundo Nombre: Victoria

Tipo de documento de identidad: CC

Número del documento de identidad: 1.121.850.083

62. Sexo biológico: Femenino X Masculino

63. Sexo identificación: F X M T NB Otro Cual

64. Fecha de nacimiento: 01 03 2007

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad: 01 07 2026

67. Motivo de traslado: Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Victoria Santos

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicador | Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

2987

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA VICTORIA SANTOS OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121850083,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

2988

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Nombre Empleador: Consorcio Interparques NIT: 902051541-3 Caja: 32 1443 4431

Dirección Principal de Empleador: Calle 2A #30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Santos Segundo Apellido: Osorio Nombres: María Victoria

Tipo de Identificación: TI CC X PEP PPT CE SC N°: 1.121.850.083 Sexo: F X M NB Celular: 3112956386

Fecha de Nacimiento: 01 03 2007 Fecha de Expedición: 31 03 2025 Correo Electrónico: mvosorio@gmail.com Profesión: Estudiante

Dirección de Residencia: Cra 19 #2A-30 Barrio/Vereda: Vizcaya Ciudad/Municipio: Villavicencio RURAL X URBANO

País: Colombia Resguardo: Puerto Indígena:

Estado Civil: Soltero X Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Indígena Comunidad Negra Palenquero Raizal Rom (Gitano) No se Autoreconoce X Ninguna de las Anteriores

Orientación Sexual: Heterosexual X Homosexual Bisexual No Reportado Nivel de Escolaridad: Primaria Básica Secundaria Media Básica Incompleta Básica Completa X Media Técnica Incompleta Media Técnica Completa Técnico Profesional Tecnológico Profesional Universitario Especialización Maestría Doctorado Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad Desplazado Desmovilizado o Reincorporado Reinsertado o en Proceso Madre Cabeza de Familia Mujer Gestante Sin Certificado Adulto Mayor Población Migrante No Documentado X

III. INFORMACION DE LA AFILIACIÓN (Diligencie ó marque con una X)

Fecha de Ingreso: 01 07 2026 Cargo: Conductor Salario Básico Mensual ($): 2.135250 Tipo de Salario: X Variable Tipo de Contrato: X Indefinido

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-56 Barrio/Vereda: La coralina Ciudad/Municipio: Villavicencio

Empleador Anterior: Fecha de Retiro:

IV. DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso:

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso:

V. DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC N°: Sexo: F M BN Celular:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Expedición: Correo Electrónico: País:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: RURAL URBANO

Nombre del Empleador donde Trabaja: Salario Básico Mensual ($): Recibe Cuota Monetaria: SI NO

VI. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedicion			Discapacidad	
Tipo	Numero ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro de subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos

Nombres y Apellidos: Correo Electrónico: Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan desembolsado sin tener derecho a ello, por este concepto o por el reporte extemporáneo de las novedades (Artículo 37 Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria y explícita a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co información que será utilizada para las siguientes finalidades:
"Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
"Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, avances, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
"Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
"Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
"Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual o de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de actualizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o de terceros que para tal fin se designen.

Victoria Santos

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en mi ausencia los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de mis datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla:

IMPORTANTE:

Los documentos que presentan alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

Powered by CamScanner

Anexo N°4
Inducciones

2890

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	VERSIÓN: 01	FECHA: 05/07/2026

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Roberson Fernando Montoya		
IDENTIFICACIÓN:	86.053.753	CARGO:	Director interventoria

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular	X		
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial			X
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente	X		
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

FIRMA DEL EMPLEADO	01-07-26 FECHA: DD/MM/AAAA

2991

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	**VERSIÓN: 01**	**FECHA: 05/07/2026**

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Johathan Andres Guarin		
IDENTIFICACIÓN:	1.121.844.182	**CARGO:**	Residente Interventoria

	CONTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular	X		
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial			X
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente	X		
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	**SI**	**NO**	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

FIRMA DEL EMPLEADO	**FECHA: DD/MM/AAAA** 01-07-26

2892

CONSORCIO INTERPARQUES AC	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	VERSIÓN: 01	FECHA: 05/07/2026

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Yoli Fernanda Falla		
IDENTIFICACIÓN:	1234888805	CARGO:	Rolacional SST

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular	X		
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente			X
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

Yolifalla	01-07-26
FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA: DD/MM/AAAA

2893

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	**VERSIÓN: 01**	**FECHA: 05/07/2026**

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Hector Armando Gomez
IDENTIFICACIÓN:	1.119.842.860 **CARGO:** Ingeniero Auxiliar

	CONTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			X
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente	X		
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	**SI**	**NO**	**N/A**
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

FIRMA DEL EMPLEADO	**FECHA: DD/MM/AAAA** 07-07-26

2894

CONSORCIO INTERPARQUES AC	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	VERSIÓN: 01	FECHA: 05/07/2026

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Alexander Solante Bracamonte		
IDENTIFICACIÓN:	1.143.837.949	CARGO:	

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			X
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente	X		
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehiculos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

Alexander Solante	07-07-26
FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA: DD/MM/AAAA

2895

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	VERSIÓN: 01	FECHA: 05/07/2026

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Andres Fernando Osorio		
IDENTIFICACIÓN:	86.066.292	CARGO:	Topografo

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			X
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente			X
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental	X		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, políticas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

	02/07/2026
FIRMA DEL EMPLEADO	FECHA: DD/MM/AAAA

2896

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	**VERSIÓN: 01**	**FECHA: 05/07/2026**

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Jose Diaz James		
IDENTIFICACIÓN:	1.123.432.018	**CARGO:**	Secretaria

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	✓		
1.2	Misión y Visión de la empresa	✓		
1.3	Historia de la empresa	✓		
1.4	Estructura Organizacional	✓		
1.5	Principios y valores de la empresa	✓		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	✓		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	✓		
2.3	Política integral	✓		
2.4	Política integral de Seguridad Vial			✓
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	✓		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	✓		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	✓		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	✓		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	✓		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo			
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.			✓
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	✓		
2.13	Plan de emergencias	✓		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	✓		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial			✓
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	✓		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente			✓
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	✓		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	✓		
2.21	programa de ambiental	✓		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	✓		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	✓		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	✓		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

FIRMA DEL EMPLEADO	**FECHA: DD/MM/AAAA** 07/07/2027

2897

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	**VERSIÓN: 01**	**FECHA: 05/07/2026**

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Alejandra Moreno		
IDENTIFICACIÓN:	1.122.914.514	**CARGO:**	Cadenero 1

	CONTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	✓		
1.2	Misión y Visión de la empresa	✓		
1.3	Historia de la empresa	✓		
1.4	Estructura Organizacional	✓		
1.5	Principios y valores de la empresa	✓		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	✓		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	✓		
2.3	Política integral	✓		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	✓		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	✓		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	✓		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	✓		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	✓		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	✓		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	✓		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	✓		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	✓		
2.13	Plan de emergencias	✓		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	✓		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			✓
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	✓		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	✓		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente			✓
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	✓		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	✓		
2.21	programa de ambiental	✓		
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	**SI**	**NO**	**N/A**
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	✓		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	✓		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	✓		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

Maria M	07-07-2026
FIRMA DEL EMPLEADO	**FECHA: DD/MM/AAAA**

2398

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	**VERSIÓN: 01**	**FECHA: 05/07/2026**

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Daniela Alejandra Gomez		
IDENTIFICACIÓN:	1.010.130.556	**CARGO:**	Cardenero 2

	CONTENIDO	**SI**	**NO**	**N/A**
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	**SI**	**NO**	**N/A**
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.	X		
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			X
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente			X
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental			X
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	**SI**	**NO**	**N/A**
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, políticas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Fisica, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

Daniela Gomez	01-07-26
FIRMA DEL EMPLEADO	**FECHA: DD/MM/AAAA**

2999

	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	
	CONSORCIO INTERPARQUES	
CODIGO: CI-SG-FT-08	VERSIÓN: 01	FECHA: 05/07/2026

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	REINDUCCIÓN	

NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Victoria Santos Osano		
IDENTIFICACIÓN:	7.121.850.083	CARGO:	Conductor

	CONTENIDO	SI	NO	N/A
1.	**INDUCCIÓN GENERAL**			
1.1	Presentacion de la empresa	X		
1.2	Misión y Visión de la empresa	X		
1.3	Historia de la empresa	X		
1.4	Estructura Organizacional	X		
1.5	Principios y valores de la empresa	X		
2.	**INDUCCIÓN AL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN**	SI	NO	N/A
2.1	Reglamento de higiene y seguridad industrial	X		
2.2	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.3	Política integral	X		
2.4	Política integral de Seguridad Vial	X		
2.5	Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y drogas.	X		
2.6	Política de Responsabilidad Social Empresarial	X		
2.7	Objetivos Sistema Integrado de Gestión	X		
2.8	Programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	X		
2.9	Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea	X		
2.10	Reporte de incidentes de trabajo	X		
2.11	Factores de riesgo y sus controles, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo.			X
2.12	Primeros auxilios, manejo y control de incendios	X		
2.13	Plan de emergencias	X		
2.14	Plan de evacuación (Medevac)	X		
2.15	Hojas de seguridad productos químicos a manipular			X
2.16	Manejo defensivo y seguridad vial	X		
2.17	Acciones Correctivas y de mejora	X		
2.18	Importancia del cumplimiento de los requisitos del cliente	X		
2.19	Mapa de procesos e interacción de los mismos	X		
2.20	Mecanismos de comunicación, participación y consulta	X		
2.21	programa de ambiental			X
3.	**INDUCCIÓN GESTION HUMANA**	SI	NO	N/A
3.1	Manual de funciones y responsabilidades (especificas en el cargo)	X		
3.2	Matriz capacitación y entrenamiento	X		
3.3	Derechos y deberes del sistema de riesgos laborales (Reglamento interno de trabajo)	X		

OBSERVACIONES:

Me Comprometo a cumplir mis Funciones y responsabilidades en Seguridad y Salud en el trabajo, Normas Establecidas por la empresa, los reglementos, politicas y demas mandatos de la empresa y de Seguridad recibidas en la Inducción, cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, protegiendo mi salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, vehículos, materiales, herramientas, máquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para así obtener una mayor productividad y bienestar social para el beneficio de todos.

Hago constar que se me han explicado y he entendido los temas contenidos en esta Inducción / Reinducción.

FIRMA DEL EMPLEADO	07-07-26 FECHA: DD/MM/AAAA

CONSORCIO INTERPARQUES AC

Anexo N°5
Cronograma de capacitaciones.

2901

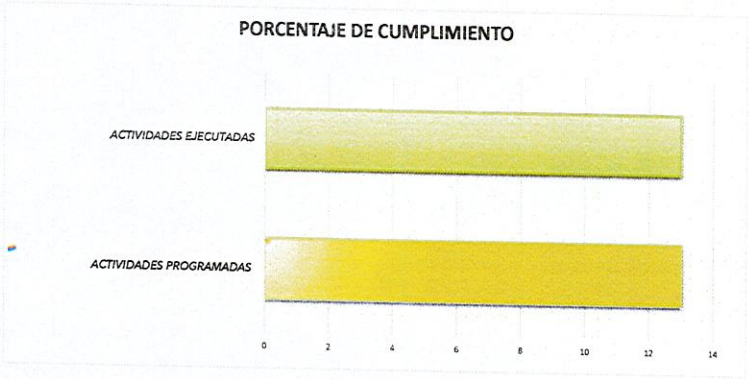
	CONSORCIO INTERPARQUES	VERSION 01
		CI - SG- FT - 09
		6/06/2026
	106 DE 2026 / SGSST	Página 1 de 1

PROYECTO	INTERVENTORÍA TÉCNICA, LEGAL, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y CONTABLE PARA LLEVAR EL CONTROL DEL PROCESO CUYO OBJETO ES "ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE CONVIVENCIA CIUDADANA "PAZ A LO BIEN" TIPO I DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS, DEL DEPARTAMENTO DEL META
EJECUTOR	LUISA FERNANDA FALLA
FECHA DE INICIO	10/07/2026 — FECHA FIN: 9/08/2026

PROGRAMADO P | EJECUTADO E | FESTIVO

TEMA		V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
	E	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PARTICIPANTES ESPERADOS	PE	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10	10	10	10	10
PARTICIPANTES ASISTENTES	PA	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10	10	10	10	10
RIESGO FISICO	P	P																														
	E	E																														
INGRESO Y SALIDA DE MAQUINARIA	P							P																								
	E							E																								
AVISOS PREVENTIVOS	P									P																						
	E									E																						
PREVENCION DE ACCIDENTES	P														P																	
	E														E																	
USO OBLIGATORIO DE DOTACION	P																			P												
	E																			E												
RIESGO LOCATIVO	P																												P			
	E																												E			

ACTIVIDADES PROGRAMADAS
ACTIVIDADES EJECUTADAS
PARTICIPACION
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO



Carrera65AAv69ra 2A No. 30-56 Barrio La Coralina
Teléfono: 608 663 83 78
interdeportivo1@gmail.com
Villavicencio-Meta-Colombia

Anexo N°6
Control de Asistencia a capacitaciones.

2903

	CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES VALIDACION DE ASISTENCIA	Fecha de Versión: 06/07/2026 Código:CI-CA-FT-11 Versión: 01

FECHA: 10-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDAD: REGISTRO DE ASISTENCIA [X] CHARLA DIARIA [X] INDUCCION [ ]

REINDUCCION [ ] CAPACITACION [ ] OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Riesgo Foco

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	
FIRMA DEL RESPONSABLE				

2904

	CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES VALIDACION DE ASISTENCIA	Fecha de Versión: 06/07/2026 Código:CI-CA-FT-11 Versión: 01

FECHA: 16-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA [X] CHARLA DIARIA [X] INDUCCION [ ]

REINDUCCION [ ] CAPACITACION [ ] OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Ingreso y salida de maquinaria - Precaucion

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	Luisa Falla
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	Hector Gomez
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	Alexander Solarte
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	Maria J.
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	Maria M
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	Daniela Gomez
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	
FIRMA DEL RESPONSABLE		Luisa Falla		

2905

	CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES VALIDACION DE ASISTENCIA	Fecha de Versión: 06/07/2026 Código:CI-CA-FT-11 Versión: 01

FECHA: 18-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA [X] CHARLA DIARIA [X] INDUCCION [ ]

REINDUCCION [ ] CAPACITACION [ ] OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Actos Preventivos

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	Luisa Falla
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	Hector Gomez
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	Alexander Solarte
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	Maria J.
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	Maria M
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	Daniela Gomez
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	Victoria

FIRMA DEL RESPONSABLE Luisa Falla

2906

	CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES VALIDACION DE ASISTENCIA	Fecha de Versión: 06/07/2026 Código:CI-CA-FT-11 Versión: 01

FECHA: 23-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA [X] CHARLA DIARIA [X] INDUCCION [ ]

REINDUCCION [ ] CAPACITACION [ ] OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Divencion de accidentes

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	
FIRMA DEL RESPONSABLE				

2907

CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES
VALIDACION DE ASISTENCIA

Fecha de Versión: 06/07/2026
Código:CI-CA-FT-11
Versión: 01

FECHA: 29-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA [X] CHARLA DIARIA [X] INDUCCION [ ]

REINDUCCION [ ] CAPACITACION [ ] OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Uso adecuado de dotacion

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	
FIRMA DEL RESPONSABLE				

2903

	CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES VALIDACION DE ASISTENCIA	Fecha de Versión: 06/07/2026 Código:CI-CA-FT-11 Versión: 01

FECHA: 07-08-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA X CHARLA DIARIA X INDUCCION ☐

REINDUCCION ☐ CAPACITACION ☐ OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Riesgo locativo

ITEM	NOMBRE DEL TRABAJADOR	NUMERO DE DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
1	ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	
2	JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	
3	LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	Luisa Falla
4	HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	Hector Gomez
5	ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	
7	ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	
8	MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	
	MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	
9	DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	Daniela Gomez
10	VICTORIA OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	
FIRMA DEL RESPONSABLE		Luisa Falla		

Anexo N°7
Entrega inicial de dotación

2910

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Johathan Andres Acuña
Cargo: Residente de interventoria
C.C. No.: 1.721.844.182

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa manga larga	M	2
2	Pantalon de dotacion	436	2
3	Botas de seguridad	41	1
4	casco tipo Safari	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Amando Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

2911

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Roberson Fernando Narvaez

Cargo: Director Interventoria

C.C. No.: 86.053.753

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa manga Larga	M	2
2	Pantalon dotacion	34	2
3	Botas de seguridad	40	1
4	Casco blanco tipo sombrero	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Amando Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

2912

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Victoria Santos osmo

Cargo: Conductor

C.C. No.: 1.121.850.083

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camiseta dotacion	M	2
2	Pantalon dotacion	8	2
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

2913

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Daniela Alejandra Gomez

Cargo: Cadenero 2

C.C. No.: 1.010.130.556

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa manga larga	S	2
2	Pantalon dotacion	8	2
3	Botas de seguridad	37	1
4	casco tipo safari	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Nicole Amanda Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

Daniela Gómez

294

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Hana Alejandra Moreno

Cargo: Cadenero 4

C.C. No.: 1.122.919.519

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camiba manga larga	S	2
2	Pantalon dotacion	8	2
3	Botas de seguridad	38	1
4	casco tipo jockey	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Armando Gomez Fecha: 07-07-26

Recibido,

Hana M

2915

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Yolima Jose Diaz Jaimes
Cargo: Secretaria
C.C. No.: 1.123.432.018

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa Dotacion	M	2
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

2916

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Andro Fernando osma

Cargo: 86.066.242

C.C. No.: Topografo

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	camisa blanca manga larga	L	2
2	Pantalon dotacion	38	2
3	Botas de seguridad	42	1
4	casco safari	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Amando Osma Fecha: 01-07-26

Recibido,

2917

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Alexander Solarte Bonaudo

Cargo: Especialista Estructural

C.C. No.: 1.143.837.449

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa manga larga	L	2
2	Pantalon dotacion	36	2
3	Botas de seguridad	41	1
4	Casco tipo safari	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido, Alexander Solarte

2918

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
		VERSION 1
	CONSORCIO INTERPARQUES	7/07/2026

Nombre: Luisa Fernanda Falla

Cargo: Practicante SST

C.C. No.: 1234988805

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa manga larga	S	2
2	Pantalon dotacion	8	2
3	Botas de seguridad	36	1
4	casco tipo safari	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

Autorizado por: Hector Armando Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido, Luisa Falla

Anexo N°8
Inspección de EPP.

	INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CI-SG-FT-04	7/07/2026
	CONSORCIO INTERPARQUES	Versión 1	Pagina 1 de 1

2920

NOMBRE DEL INSPECTOR	LUISA FERNANDA FALLA	CARGO	PROFESIONAL SST INTERVENTORIA	AREA	OFICINA ADMINISTRATIVA

FECHA INSPECCIÓN 14 | 07 | 26

* Califique con B: Bueno, M: Malo, o R: Regular NA: No aplica de acuerdo al estado que se encuentra cada uno de los Elementos de Protección Personal de cada trabajador.

Nombre y Apellido	Cédula	Cargo	ELEMENTO											Observaciones
			CONDICION	Casco de seguridad	Dotación	botas de seguridad	Tapaoidos	Guantes de Poliuretano	Guantes de Vaqueta	Gafas oscuras	Gafas transparentes	capuchon		
ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	–	–	–	–	–		
JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	–	–	–	–	–		
LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	B	–	–	–	B		
HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	–	–	–	–	–		
ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	–	–	–	–	–		
ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	–	–	–	–	–		
MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	B / R/ M/ NA	–	B	–	–	–	–	–	–	–		
MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	B	–	–	–	B		
DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	B / R/ M/ NA	B	B	B	–	B	–	–	–	B		
VICTORIA SANTOS OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	B / R/ M/ NA	–	B	–	–	–	–	–	–	–		

FIRMA

	INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CI-SG-FT-04	7/07/2026
	CONSORCIO INTERPARQUES	Versión 1	Pagina 1 de 1

2921

NOMBRE DEL INSPECTOR	LUISA FERNANDA FALLA	CARGO	PROFESIONAL SST INTERVENTORIA	AREA	OFICINA ADMINISTRATIVA

FECHA INSPECCIÓN 27/07/26

* Califique con B: Bueno, M: Malo, o R: Regular NA: No aplica de acuerdo al estado que se encuentra cada uno de los Elementos de Protección Personal de cada trabajador.

Nombre y Apellido	Cédula	Cargo	ELEMENTO											Observaciones
			CONDICION	Casco de seguridad	Dotación	botas de seguridad	Tapaoidos	Guantes de Poliuretano	Guantes de Vaqueta	Gafas oscuras	Gafas transparentes	capuchon		
ROBINSON FERNANDO MARROQUIN PEREZ	86.053.753	DIRECTOR DE INTERVENTORÍA	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
JOHATAN ANDRES GAVIRIA	1.121.844.182	RESIDENTE DE INTERVENTORÍA	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
LUISA FERNANDA FALLA	1.234.788.805	PROFESIONAL SST	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	B	—	—	—	—		
HECTOR ARMANDO GOMEZ	1,119,892,860	INGENIERO AUXILIAR	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	B	—	—	—	—		
ALEXANDER SOLARTE BENAVIDES	1.143.837.949	ESPECIALISTA ESTRUCTURAL	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR	80.220.968	TOPOGRAFO	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
MARIA JOSE DIAZ JAIMES	1.123.432.018	SECRETARIA	B / R/ M/ NA	—	B	—	—	—	—	—	—	—		
MARIA ALEJANDRA MORENO	1.122.919.519	CADENERO 1	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
DANIELA ALEJANDRA GOMEZ	1.010.130.556	CADENERO 2	B / R/ M/ NA	B	B	B	—	—	—	—	—	—		
VICTORIA SANTOS OSORIO	1.121.850.083	CONDUCTOR	B / R/ M/ NA	B	B	—	—	—	—	—	—	—		

FIRMA

Anexo N°9
Inspección locativa

2923

	CONSORCIO INTERPARQUES	Código:CI-SG-FT-02
		Versión: 01
	FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA	Fecha: 06/07/2026
		Página 1 de 1

Fecha y hora de la inspección	27-07-2026 8:00AM	Lugar	Oficina administrativa
Responsable de la inspección	Lyda Fernanda Falla		

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	La iluminación artificial y natural es la adecuada para la actividad a realizar (Tener en cuenta la percepción de las personas que ejecutan actividades en el área)	✓			
1.2	Las luminarias se encuentran en buen estado	✓			
1.3	Las persianas, cortinas o protección de vidrios se encuentran en buen estado	✓			
1.4	Hay buena ventilación en el área (Tener en cuenta la percepción de las personas que ejecutan actividades en el área)	✓			
1.5	El nivel de ruido es adecuado para el desarrollo de las actividades (Tener en cuenta la percepción de las personas que ejecutan actividades en el área)	✓			
1.6	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).		✓		
1.7	Es confortable La temperatura (Tener en cuenta la percepción de las personas que ejecutan actividades en el área)	✓			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado)	✓			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes)	✓			
2.3	Pisos en buen estado	✓			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas)	✓			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras)	✓			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc)	✓			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito	✓			
2.8	Se observan las sillas en buen estado	✓			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones	✓			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados	✓			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado	✓			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	✓			
3.5	Cables en buen estado	✓			
3.6	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos	✓			
3.7	Existe señalización de peligros eléctrico	✓			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				

2924

4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área	✓			
4.2	Extintores de carga vigente	✓			
4.3	Extintores libre de obstaculos	✓			
4.4	Existe señalización de extintores	✓			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia	✓			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	✓			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP)	✓			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria)	✓			
4.9	Hay botiquin y control de consumo de insumos del mismo	✓			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano		✓		
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos		✓		
4.12	Se tiene sistema de alarma para evacuación o incendios	✓			
4.13	Se cuenta con detectores de humo			✓	
4.14	Existe personal capacitado y entrenado para atención de emergencias	✓			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores	✓			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	✓			
6.2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	✓			
6.3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	✓			
6.4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los limites permisibles	✓			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7.1	El área se encuentra organizada	✓			
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta	✓			
7.3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas	✓			
7.4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento	✓			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				
8.1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza	✓			
8.2	Luminarias de baños en buen estado	✓			
8.3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa	✓			
8.4	Estan los inodoros limpios en buen estado	✓			
8.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios	✓			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9.1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	✓			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10.1	Los trabajadores cumplen con las normas de seguridad de su actividad. (independiente de su tipo de vincuación)	✓			

2925

10.2	Los trabajadores conocen los peligros a los que están expuestos. (independiente de su tipo de vincuación)	✓			
10.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral	✓			
10.4	Los trabajadores conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo. (independiente de su tipo de vincuación)	✓			
10.5	Los trabaajadores saben como usar y cuidar sus EPP. (independiente de su tipo de vincuación)	✓			
11	**MEDIO AMBIENTE**	**BUEN ESTADO**	**REGULAR ESTADO**	**MAL ESTADO**	**OBSERVACIONES**
11.1 AGUA Y ENERGIA	Horno microondas. (Si aplica)				N/A
	Nevera. (Si aplica)				N/A
	Cafetera. (Si aplica)	✓			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)	✓			
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)	✓			
	Computador. (Si aplica)	✓			
11.2 SUSTANCIAS QUIMICAS	El area cuenta con las tarjetas de emergencia				N/A
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				N/A
OBSERVACIONES GENERALES DE LA INSPECCIÓN					
Luz Jatalla					
Firma responsable inspección					
Luz Jatalla					
Firma responsable de la sede o escenario					

2926

Anexo N°10
Inspección de equipos de emergencia

2927

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

Fecha de Versión: 07-07-2026
Código: CI-SG-FT-06
Version:01

RESPONSABLE:	luisa Fernanda Falla	CARGO	Profesional SST
UBICACIÓN:	oficina administrativa	FECHA DE INSPECCION	21/07/26

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

EXTINTORES

No.	UBICACIÓN PISO	TIPO (Marque con una (X))			CAPACIDAD	FECHA PROXIMA RECARGA		CONDICIONES DEL EXTINTOR																OBSERVACIONES
		AGENTE LIMPIO	MULTIPROPOSITO	AGUA		MES	AÑO	ACCESO	SEÑALIZACION	ESTADO DE LA ETIQUETA	NUMERACIÓN	SOPORTE	LIMPIEZA	VÁLVULA	CUERPO CILINDRO	MANOMETRO	PRESION EN MANOMETRO EN 150 psi	MANGUERA	BOQUILLA	CORNETA	PINTURA	SELLO DE GARANTIA	ANILLO DE VERIFICACIÓN	
1	OFICINA		X		10 lb	julio	2026	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
2	OFICINA	X			10 lb	julio	2026	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

INSPECCIÓN DE CAMILLA

Convenciones: B: Bueno R: Regular M: Malo NC: No Contiene NA: No Aplica

No.	N. DE CAMILLA	UBICACIÓN PISO	CONDICIÓN DE CAMILLA							OBSERVACIONES
			SEÑALIZACIÓN	ACCESO	ESTADO DEL SOPORTE	INSTALACIÓN A PARED	CORREAS DE SEGURIDAD	LIMPIEZA	INMOVILIZADOR	
1	1	OFICINA	B	B	B	B	B	B	B	
2										
3										
4										

FECHA	HALLAZGO	ACTIVO/CERRADO
21/07/2026		

FIRMA
NOMBRE : LUISA FERNANDA FALLA
CARGO: COORDINADORA SST

Anexo N°11
Inspección de orden y aseo

2929

	LISTA DE CHEQUEO ORDEN Y ASEO	Fecha de Versión: 07-07-2026 Código: CI-SG-FT-10 Version:01

FECHA DE INSPECCION: 18-07-26 | NOMBRE DE QUIEN INSPECCIONA: Luisa Fernanda Falla

AREA: Oficina administrativa | CARGO: Profesional SST

No	CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE	NA	OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES
	LOCALES				
1	¿Las Plataformas y escaleras están limpias, en buen estado y libres de obstáculos?	✓			
2	Las salidas y vías de circulación previstas para la evacuación en casos de emergencia, permanecen libres de obstáculos de forma que es posible utilizarlas sin dificultades en todo momento?	✓			
3	¿Las paredes están limpias y en buen estado?	✓			
4	¿El sistema de iluminación está mantenido de forma eficiente y limpia?	✓			
5	¿Las señales de seguridad están visibles, correctamente distribuidas y en perfecto estado de mantenimiento y limpieza?			✓	
6	¿Los extintores están en su lugar de ubicación, visibles y en perfecto estado?	✓			
	SUELOS, PASILLOS Y VIAS DE CIRCULACIÓN				
1	¿Los suelos están limpios, secos, sin desperdicios ni materiales innecesarios?	✓			
2	¿Las vías de circulación de los lugares de trabajo, se pueden utilizar conforme a su uso previsto, de forma fácil y con total seguridad para los peatones o vehículos que circulen por ellas y para el personal que trabaje en su proximidades?	✓			
3	¿Los pasillos y zonas de transito están libres de obstáculos?	✓			
	ALMACENAJE				
1	¿Las áreas de almacenamiento y deposición de materiales están señalizadas?	✓			
2	¿Los materiales están apilados en su sitio sin invadir zonas de paso?	✓			
3	¿Los materiales se apilan o cargan de manera segura, limpia y ordenada?	✓			
4	¿Se establece claramente donde tiene que estar cada cosa de modo que todo trabajador que vaya a necesitarla sepa de manera indudable donde va a encontrarla y donde debe devolverla?			✓	
	HERRAMIENTAS				
1	¿Están almacenadas en cajas o estantes adecuados, donde cada herramienta tiene su lugar?			✓	
2	¿Se observan herramientas tiradas en el área de trabajo?			✓	
3	¿Se encuentran libres de filtraciones innecesarias de aceites y grasas?			✓	
	OBSERVACIONES DE COMPORTAMIENTO				
1	¿Los trabajadores dejan organizadas las herramientas y equipos a finalizar la jornada?			✓	
2	¿Los trabajadores mantienen las áreas de paso libres de obstáculos durante el trabajo ?			✓	
3	¿Por iniciativa propia los trabajadores recogen y disponen los residuos antes de abandonar el área de trabajo ?			✓	

HALLAZGO	SEGUIMIENTO	ACTIVO O CERARDO

Firma Profesional SST

Nombre: Luisa Fernanda Falla