CONSORCIO INTERPARQUES AC

3092

Anexo N°3
Afiliaciones a seguridad social

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 86.053.753
APELLIDOS MARROQUIN PEREZ
NOMBRES ROBINSON FERNANDO
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1977
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-AGO-1995 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-5200100-09115951-M-0086053753-20040109 0009004009Q 02 146075134

REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES



MATRICULA No. 25202090337CND
INGENIERO CIVIL
DE FECHA 21/02/2002
APELLIDOS
MARROQUIN PEREZ
NOMBRES
ROBINSON FERNANDO
C.C. 86.053.753
UNIVERSIDAD
COOPERAT. DE COLOMBIA

Presidente del Consejo

ARL | sura

3094

Medellín, 04 de Agosto 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 %	
C86053753	MARROQUIN PEREZ ROBINSON FERNANDO	05/08/2026		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

Protección

Una empresa sura

3095

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARROQUIN PEREZ ROBINSON FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **86.053.753** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de enero de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 12 de abril de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde

Eps Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3096

Manuel	Perez	Robinson	Fernando
CC	86.053.953		Colombiano
Colombia	Meta	Puerto Lopez	17/03/19

ARL SURA	Dirección	$2.797.000
Cra 37 H No 19-07 8va etapa de la esperanza		
3153944855	roma7350@hotmail.com	
Meta	Villavicencio	

3097

Consorcio Interparques NIT 902.091.541-3

Calle 2A # 30-56 Barrio Ju Catalina

3214436630

consorciointerparques@gmail.com Meta

Villavicencio

Marcquin Ariel Robinson Fernando

CC 86.053.753 17071977

9/06/2026

COFREM

Compensar

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: 05 08 2026

3098

Afiliación Principal Vez: [ ] Reafiliación: [X] Adición de Beneficiarios: [ ] Cambio a Comprobación Permanente Condicional: [ ] Voluntarios Ley 1607/2012: [ ]

Nombre o Razón Social: Consorcio Infraparque NIT: 901 051 541-3 Teléfono: 3219933630

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

TRABAJADOR

Primer Apellido: Mantagan Segundo Apellido: Parra Nombres: Robinson Fernando

Tipo de Identificación: TI CC CE PEP PPT SC N°: 86 033 453 Sexo: F M NB Celular: 3153548455

Fecha de Nacimiento: 13 04 1993 Fecha de Expedición: 28 oct 2011 Correo Electrónico: roma19930@hotmail.com Profesión: Ing civil

Dirección de Residencia: Cra 32 # No 18-04 Barrio/Vereda: La esperanza Ciudad/Municipio: Villavicencio Pais: Colombia

Departamento: Pais de Nacimiento: Pais de Residencia: Puesto Indígena:

Grupo Etnico: Negro Mulato Indígena Gitano Raizal Palenquero Ninguno Parentesco Empleado: Padre/Madre Hijo Cónyuge/Compañero Hermano/a Abuelo/a Nieto/a Tío/a Sobrino/a Suegro/a Cuñado/a Otro Familiar Ninguno

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No Binario Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Secundaria Media Técnica Tecnológica Universitaria Especialización Maestría Doctorado Ninguno

Estado Vulnerabilidad: Desplazado Reinsertado Reincorporado a la Vida Civil Víctima Conflicto Armado Persona Privada de la Libertad Ninguno Cuenta Bancaria: Ahorros Corriente Tarjeta Prepago Ninguno

EMPLEO

Fecha de Ingreso: 05 08 2026 Cargo: Director Salario Básico Mensual ($): 2.439.000 Tipo de Salario: Fijo Variable Tipo de Contrato: Fijo Obra o Labor

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

Empleador Anterior: Fecha de Retiro: / /

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: / /

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: / /

BENEFICIARIOS

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

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

Fecha de Nacimiento: Fecha de Expedición: Correo Electrónico: Pais:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: Parentesco:

Nombre del Empleador donde Trabaja: Salario Básico Mensual ($): Rodea Cuota Monetaria: Si No

Parentesco: Conyuge / Compañero Permanente, Padre, Madre, Padrastro, Hijastro, Hijo, Hermano, Abuelo, Nieto, Tio, Sobrino, Suegro, Cuñado, Otro Familiar

Parentesco	Tipo Documento	Número ID	Nombres y Apellidos	Sexo F	Sexo M	Día Nacimiento	Mes Nacimiento	Año Nacimiento	Fecha Nacimiento Día	Fecha Nacimiento Mes	Fecha Nacimiento Año	Discapacidad Si	Discapacidad No

Presento aportes en la planilla en la que el empleador o cargo no tiene pago de aportes también autorizo para el control de [illegible]

Beneficiario autorizo para recibir los cobros correspondientes a descuentos por Compensar y/o Empresas Relacionadas de los que soy titular.

Nombres y Apellidos: Email Corresponsal: Celular:

Declaro que la información suministrada en este formulario es veraz y completa. Autorizo a Compensar para verificar la información aquí consignada. Conozco que la información falsa o incompleta puede ser causal de [illegible]

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria y expresa a Caja de Compensación Familiar de Compensar para que realice el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y el de los menores de edad que conforman mi grupo familiar, de acuerdo con la finalidad descrita en la política de tratamiento de datos personales de Compensar, la cual conozco y puedo consultar en www.compensar.com. Entiendo que puedo ejercer mis derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión y revocatoria de la autorización, así como los demás derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012, a través de los canales dispuestos por Compensar para tal fin.

Declaro que la información suministrada en este formulario es veraz y completa. Autorizo a Compensar para verificar la información aquí consignada. Conozco que la información falsa o incompleta puede ser causal de [illegible]

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

3099

ANDRES FERNANDO OSUNA SALAZAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA



OSUNA SALAZAR

80.220.968

ANDRES FERNANDO

COL

1.81

M

27 ABR 1982

O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

07 JUL 2008, BOGOTA D.C.

24 NOV 2033

IDCOL03529868615001<<<<<<<<<<<
8204273M3311248COL80220968<<<4
OSUNA<SALAZAR<<ANDRES<FERNANDO

ARL | sura

3100.

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

3101

Famisanar
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012813784
9012813784

No. de Radicación SAI
30516582

I. DATOS DEL TRAMITE — 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. Afiliación B. Novedades X	A. Cotizante X B. Cónyuge o Cabeza de Familia C. Independiente D. Pensionado	A. Contributivo B. Subsidiado	SI NO	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a diligenciar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
OSUNA	SALAZAR	ANDRES	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	F / M / NB / Otro / Cual	

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			27 04 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

Departamento | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico

Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado / Resto Rural | Zona

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			

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	31. Sexo identificación (Femenino / Masculino / F / M / 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 (Femenino / Masculino)	40. Sexo identificación (F / M / 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 SISBÉN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Categoría discapacidad)	50. Incapacidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera 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			

3102

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

C		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
01		
02		
03		
04		
05		

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			
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 Femenino [ ] Masculino [ ]	63. Sexo Identificación Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]
			64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
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

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

Colpensiones 3103

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.

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.

3104

Calle 2A #30-56

Calle 15 #3 64

Calle 2A #30 56

3105

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 SANCHEZ TORRES

A-5300100-00150729-M-1121844182-20060820 0012706827A 1 2810843

ARL | sura 3106

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

Salud

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3107

Contreras Jonathan Andres

1.121 844 182

Colombiano

Bucaramanga Colombia Santander Villavicencio 10 06 1995

APL SURA

Porvenir $ 5 554 000

CRA 42 15A - 66

3164973363 gavirias@gmail.com

Mela Villavicencio

3108

Consorcio Interparques NIT 902.051.541-3

Calle 2 A # 30 - 56 Barrio la coralina 3214133030

Consorciointerparques ac@gmail.com Meta Villavicencio

Cavivia Contreras Johathan Andres

CC 1.121.941.182 01/09/2026 10/08/1988

3109

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.

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

Fecha de Impresión: 2026-01.20

3110

Afiliación Primera Vez [ ] Reintegro [ ] Adición de Beneficiarios [ ] Compañero(a) Permanente Cuidador(a) [ ] Veteranos Ley (1971/2019) [ ]

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Diligencie o marque con una X)

Nombre Empleador: Caseríos Entregues Integrales NIT: 902.051.541-3 Celular: 3214337630

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

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Diligencie o marque con una X)

Primer Apellido: Cerina Segundo Apellido: Contreras Nombres: Johathan Andres

Tipo de Identificación: TI (X) CC PEP PPT CE SC N°: 1 121 844 182

Fecha de Nacimiento: 01 06 1998 Fecha de Expedición: 05 06 2016 Sexo: F (X) M NB Celular: 3164913363

Dirección de Residencia: Cra 7 A # 54-66 Barrio/Vereda: Correo Electrónico: jcerina81@gmail.com Profesión: Ing Civil

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

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

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Negro Comunidad Rom Palenquero Raizal Ninguno (X) No Informado

Orientación Sexual: Heterosexual (X) Homosexual Bisexual No Responde

Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media Básica Secundaria Media Académica Media Técnica Técnico Profesional Tecnólogo Profesional (X) Posgrado Maestría Posgrado Doctorado Ninguno

Nivel de Ayuda SA y S Oral

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad Desplazado Desmovilizado y Reincorporado Desmovilizado y Reintegrado Población Privada de la Libertad Víctima del Conflicto Armado No Desplazado Ejercicio Trabajo Sexual Hijo(a) Desmovilizado o Reincorporado Hijo(a) Familia de Madre Cabeza Población Migrante Ninguno (X)

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

Fecha de Ingreso: 01 03 2026 Cargo: Ing Residente Salario Básico Mensual ($): $5 554 000 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 HUERFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

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

Recuerda que Son Ud 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 afiliaciones inmediata 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 Colsein 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 servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 para tratar su 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 la suscripción de convenios interinstitucionales.
*Integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios, horarios, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, 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 entidades, 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 consignados en su afiliación, vinculación, 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 encontrará 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 Subsidio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centros de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la circular.

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

3111

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.234.788.805

FALLA TORRES

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Falla

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1997
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-OCT-2015 VILLAVICENCIO

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-[illegible]0150-[illegible]-F-1234788805-20151128 0047564398A 1 44981231

ARL | sura

3112

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: 3	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1234788805	LUISA FERNANDA FALLA TORRES	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 DE COLOMBIA

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3113

X

X

X

Falla Torres Luisa Fernanda

CC 1.234 788 805 X X

Colombiana

Villavicencio Colombia Meta Villavicencio 07/01/1997

X

ARL SURA Colpensiones $ 5 429 000

Calle 26 A Sur #38-28

3204741105 luisafalla@yahoo.es

Meta Villavicencio

X

3114

Cooperativa Interempresarial NIT 900-051541-3

Calle 2 A # 30-56 Barrio La Cordina

Cooperativainterempresarial@gmail.com Mata Villavicencio 3214933630

61 Datos básicos de identificación

Falla Torres Luisa Fernanda

CC 1 234 768805 X Masculino

05 08 2026

64 Fecha de nacimiento 01 01 97

Juisa Falla.

FORMATO

"AFILIACION DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: 2026 01 09

3115

I. INFORMACIÓN DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Caja de Compensación: Colsubsidio | NIT: 860.051.541-3 | Teléfono: 3214936830

Dirección: Calle 2A # 30-56 | Barrio/Vereda: La coratina | Ciudad/Municipio: Villavicencio

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Diligenciar en mayúscula sostenida)

Primer Apellido: Falla | Segundo Apellido: Torres | Nombres: Jose Fernando

Tipo de Identificación: (TI) (CC) (PEP) (PPT) (CE) (SC) | N°: 1234567890 | Sexo: (F) (M) (ND) | Celular: 3204241105

Fecha de Nacimiento: 13 10 2003 | Correo Electrónico: josefalla@yahoo.es | País: COLOMBIA

Dirección de Residencia: Calle 2A # 30-56 | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural: (SI) (NO)

Nivel Educativo: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) | Estado Civil: (1) (2) (3) (4) (5) | Ocupación: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) | Vivienda: (1) (2) (3) (4) (5) | Estrato: 1 2 3 4 5 6

Fecha de Ingreso: 01 09 2026 | Tipo de Cotizante: 59 | Salario Básico Mensual ($): $5 439 000 | Tipo de Salario: (F) (V) | Jornada: (D) (M) | Tipo de Contrato: (T) (F) | Modalidad: (1) (2) (3) (4)

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

Ejecutor Amparo: | Fecha de Retiro:

III. DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso:

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso:

IV. DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

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

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

Dirección de Residencia: | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: | Rural: (SI) (NO)

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

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

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

Para hijastros mayores de 18 años, se debe anexar copia del registro civil donde se evidencie la unión marital de hecho entre el trabajador afiliado y el padre o madre del hijastro.

Si el trabajador autorizado para recibir los correos electrónicos es diferente al trabajador, diligencie los siguientes datos:

Nombres y Apellidos	Correo Electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento se declara que esta información ha sido suministrada por mí y que todos los datos son relacionados con veracidad y exactitud. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre afiliados trabajo y seguridad social según el artículo 40 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 Colfer a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi salario formular un cobro por los valores que no hayan ingresado en forma correcta 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 servidores y colaboradores de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal y la de mi grupo familiar, incluyendo datos sensibles, y de acuerdo con la evaluación en la política de tratamiento de datos personales de COFREM que se encuentra 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 de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar efectúa a sus afiliados trabajen y pueblos en general por si mismo o mediante su encargo, a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Ofrecer una adecuada comercialización de nuestros portafolios, bien sean productos, programas, planes, servicios, beneficios, promociones o actividades relacionados con los mismos y demás entidades 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 estadísticos, encuestas, análisis de tendencias o estudios relacionados con el sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de manera red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos suministrados serán tratados para las finalidades anteriormente enunciadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información entregada almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual, no se disponga a la política de tratamiento y protección de los datos suministrados personales. Los titulares podrán ejercer sus derechos de acceso, conocer actualizar, rectificar, suprimir la información cuando sea procedente, revocar la autorización cuando sea procedente mediante comunicación escrita dirigida a la dirección electrónica habeasdata@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservarán y administrarán bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Jose 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 firmar, podrá estampar el pie de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de Área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios las jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Confirma de toda Formato diligenciado Nombres, Apellidos y Documento de Identidad. En caso de no aplicar, marque con una X la siguiente casilla

3116

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.


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 SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-5202000-00673546-M-1119892860-20150227 0043335913A 2 41643322

ARL | sura 3118

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

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

Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3119

Jaimes Hector Armando

CC 1 119 892 860

Villavicencio Colombia Meta Villavicencio Colombiano

20 / 11 / 1996

ARL SURA

Promotora de Personas Preventiv

24. Ingreso Base de cotización - IBC $5.429.000

Calle 2 A # 30-56 La Coralina

3204952681 hpjames1996@hotmail.com

Meta Villavicencio

3120

Comercio Enterprises NIT 402.051.541-3

Calle 2A # 30-56 Ja Coralina

comercioenterprises@gmail.com Meta Villavicencio

51. Datos básicos de identificación

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

Tipo de documento de identidad: CC | Número del documento de identidad: 1.119.892.860 | 63. Sexo (identificación): Masculino X | 64. Fecha de nacimiento: 20 11 9 96

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

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 Nombre | Segundo Nombre

80. El cotizante, cabeza de familia cuando aplique a emisión parcial

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 85. Firma del funcionario | 86. Fecha de radicación | 87. Fecha de validación

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información suministrada en este formulario es verídica y fiel reflejo de la realidad, y que las declaraciones contenidas en el Capítulo de declaraciones juramentadas son ciertas.

Nombre del funcionario | Cargo del funcionario | Firma del funcionario

3121

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.

FORMATO

"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 2

3122

1. INFORMACIÓN DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Caja de Compensación: Compensar | Agencia: La Concepción | Fecha de Diligenciamiento: 01 | 04 | 2018 | Valentías Para Comprender: Villavicencio

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Jaime | Segundo Apellido: [illegible] | Nombres: Hector Armando

Tipo de Identificación: (TI) (CC) (PPT) (PEP) (CE) (DE) | N°: 1.119.892.860 | Sexo: (F) (M) (NB) | Celular: 3204152661

Fecha de Nacimiento: 01 | 12 | 1996 | Correo Electrónico: hjaime1996@hotmail.com | País: Colombia

Dirección de Residencia: Calle 2A # 30-56 | Barrio/Vereda: La Concepción | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Zona: URBANA

Nacionalidad: Colombiana | Pasaporte: [illegible] | Puesto Indígena: [illegible]

Estado Civil: (S) (C) (V) (SE) (UL) | Personas a Cargo: [illegible] | Vivienda: (Propia) (Familiar) (Arrendada) (Otra) | Estrato: 1 2 3 4 5 6

Nivel de Escolaridad: (Primaria) (Bachillerato) (Técnico) (Tecnólogo) (Universitario) (Especialización) (Maestría) (Doctorado) (Ninguno) | Título Obtenido: Ing Civil

Ocupación: [illegible] | Cargo: [illegible] | Tipo de Contrato: (Fijo) (Indefinido) (Prestación de Servicios) (Aprendizaje) | Jornada: (Tiempo Completo) (Medio Tiempo) (Por Horas)

3. INFORMACIÓN SOBRE VINCULACIÓN LABORAL (Empleador Actual)

Fecha de Ingreso: 01 | 04 | 2018 | Cargo: Ing Auxiliar | Salario Básico Mensual ($): $5.429000 | Tipo de Salario: (Fijo) (Variable) | Tipo de Contrato: (Fijo) (Indefinido)

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

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

4. DATOS DE OTROS EMPLEADORES POR LOS QUE TRABAJA

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

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

5. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido: [illegible] | Segundo Apellido: [illegible] | Nombres: [illegible]

Tipo de Identificación: (TI) (CC) (PPT) (PEP) (CE) (DE) | N°: [illegible] | Sexo: (F) (M) (NB) | Celular: [illegible]

Fecha de Nacimiento: [illegible] | Fecha de Expedición: [illegible] | Correo Electrónico: [illegible] | País: [illegible]

Dirección de Residencia: [illegible] | Barrio/Vereda: [illegible] | Ciudad/Municipio: [illegible] | Zona: (URBANA)

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

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

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

Nota: Para los beneficiarios menores de edad, los padres o tutores deben de estar presentes para el cobro del subsidio familiar. Cuando el cobro sea realizado por otra persona diferente a los padres o tutores, se debe anexar autorización escrita de los padres o tutores y fotocopia de la cédula de ciudadanía de quien va a cobrar.

Si el trabajador no tiene cónyuge o compañero(a) permanente, indique el nombre y número de identificación de la persona que usted designa para recibir el subsidio familiar en caso de fallecimiento.

Nombres y Apellidos	Correo Electrónico	Celular

Declaro que toda la información suministrada en este formulario es verídica y exacta. El suscrito se declara hábil para contratar de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 789 de 2002. Así mismo, declaro que la información que he suministrado en el presente formulario es veraz y me autorizo a Comfem a que verifique la información en cualquier momento y a solicitar los soportes que sean necesarios. Manifiesto conocer la obligación legal de informar a mi empleador sobre la afiliación a la Caja de Compensación Familiar, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ingreso a mi puesto de trabajo, de conformidad con el artículo 41 de la Ley 21 de 1982

3123

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.919.519



MORENO VASQUEZ

MARIA ALEJANDRA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1 65	F

Fecha de nacimiento
20 JUL 2004

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
25 OCT 2022 VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
25 OCT 2032

3124

1079185482



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

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

ARL | sura

3125

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3126

X

X

Primer Apellido: Gomez
Segundo Apellido:
Primer Nombre: Daniela
Segundo Nombre: Alejandra
1 010 130 556
Sexo Biológico: X
Nacionalidad: Colombiana
Villavicencio Colombia Meta Villavicencio
Fecha de nacimiento: 19092000

ARL SURA
Administradora de Pensiones: Porvenir
Ingreso Base de Cotización: $2.279000
Calle 12 # 46 -16
3124303305 danielaalejandragomezj@gmail.com
Meta Villavicencio

3127

Nombre Delegargues NIT

Calle 12A # 30-56 Jardín

consultoriodelegargues@gmail.com Mela

Villavicencio

902.051.541-3

Gomez

Cc

James

1.010.130.556

Daniela

Alejandra

19092000

01042026

DANIELA GOMEZ

3128

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.

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

3129

Moreno | Vasquez | Maria | Alejandra

CC 1122919519

Colombia | Meta | Villavicencio | 12/04/2004

EPS SURA | Colpensiones | $2.279.000

Cra 32 B # 30-81

3232631860 | alejamorevasquez1084@gmail.com

3130

Consorcio Interparques NIT 901 [illegible] 3213-3

Calle 2A # 30-56 La Cordiera

[illegible] Villavicencio

Moreno Vasquez Mona Alejandra

CC 1122 919 519 X 20 08 2004

01 07 2026

COFREM

Mona

[illegible]

3131

CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.432.018



Apellidos
DIAZ JAIMES

Nombres
MARIA JOSE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de Nacimiento — G.S.
06 ENE 2005 — O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
10 ENE 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
10 ENE 2033

.00

012215654

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL012215654852001<<<<<<<<<<<
0501068F3301100COL1123432018<7
DIAZ<JAIMES<<MARIA<JOSE<<<<<<<

ARL | sura

3132

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

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

VIGILADO DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

3133

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

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

tramite
n ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

s afiliado
nte ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

los y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
DIAZ	JAIMES	MARIA	JOSE

ocumento 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

S COMPLEMENTARIOS

es

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

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

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

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

S DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

ásicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

llidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

ásicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

llidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	

omplementarios

ñesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
			I	P

s de residencia

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

on de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
-	-
-	-
-	-
-	-

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

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

ación			

No de Radicacion
4013343937

3134

B. REPORTE DE NOVEDADES

) de Novedad

)dificación datos básicos de identificación
)rrección datos básicos de identificación
tualización documento de identidad
tualización y/o corrección datos complementarios
rminación de la inscripcion en la EPS.
go: ☐
inscripción en la EPS
clusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
cio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
clusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
erminación 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

)S PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

s básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

L CIONES Y AUTORIZACIONES

eclaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
eclaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
eclaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
eclaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
utorización 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.
utorización 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 lo requieran
utorización 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
utorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

MAS

zante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

OS

nexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

Co del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
Registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
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 ción de la union marital.
Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
opia orden judicial o acto administrativo de custodia.
ocumento 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.
opia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
ertificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
opia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

S A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

s funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

iones

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

porvenir
sólo hay uno

3135

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

3136

Gobierno

PROYECTO
"AFILIACION DEL TRABAJADOR"

Nombre Empresa: Grupo Telemarketing Colombia S.A.S. 900261944

Dirección Principal de la Empresa: Calle 24 # 30-56 Sede/Area: La Ordaina Cargo/Actividad:

Primer Apellido: Diaz Segundo Apellido: Gomez Nombre: Diana Sexo: F

Tipo de Identificación: CC Nro: 1123432018 Fecha de Nacimiento: 10/01/1997

Estado de Afiliación: Compañía Nombre Vereda: Naranjal Corregimiento: Villavicencio

País: Colombia Religión: Estado Civil:

Fecha de Ingreso: 01/09/26 Cargo: Secretaria Salario Básico Mensual: $ 1.300.000 Tipo de Salario: FIJO Tipo de Contrato: TERMINO FIJO

Dirección de la Empresa donde labora: Calle 24 # 30-56 Sede/Area: La Ordaina Corregimiento: Villavicencio

Fecha de Retiro:

Nombre Empleador: Nit: Fecha de Ingreso:

Nombre Empleador: Nit: Fecha de Ingreso:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de Identificación: CC Nro: Sexo: Celular:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Afiliación: Correo Electrónico: Pais:

Departamento de Residencia: Barrio/Vereda: Correo Personal: Nivel: Unidad:

Nombre del Empleador donde Trabaja: Nit: Fecha Cese Novedad:

Item	Número ID	Nombre y Apellido	P	M	Hijo Inválido	Parentesco	Escolaridad	Nº	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Nº	Día	Mes	Año

Nombre del Representante Legal: Cargo: Ciudad:

Autorizo expresamente a Positiva Compañía de Seguros S.A. para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, modifique, actualice, retire, transfiera, transmita y divulgue a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, o a la información que sobre mi persona natural o jurídica, repose en bases de datos de entidades públicas o privadas, nacionales o extranjeras, de conformidad con la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Declaro que conozco el alcance de la autorización que otorgo mediante el presente documento y que puedo consultar el texto de la Ley 1266 de 2008 en la página web de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Autorización Tratamiento de Datos Personales: Autorizo de manera voluntaria y expresa a los funcionarios y representantes de la ARL de Positiva Compañía de Seguros S.A. para que realicen el tratamiento de mis datos personales de tipo privado, semiprivado, sensible y de menores de edad, de acuerdo con la autorización de la política de tratamiento de datos personales de Positiva Compañía de Seguros S.A. disponible en www.positiva.gov.co, la cual declaro he leído y conozco. Los datos serán utilizados para las finalidades propias de la relación laboral y de la seguridad social, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen. Declaro que conozco el alcance de la autorización que otorgo mediante el presente documento y que puedo consultar el texto de la Ley 1581 de 2012 en la página web de la Superintendencia de Industria y Comercio.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

3137

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.130.556

GOMEZ JAIMES
APELLIDOS

DANIELA ALEJANDRA
NOMBRES

Daniela Gómez
FIRMA





INDICE DERECHO

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

1.59 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

06-OCT-2016 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

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

ARL | sura

3138

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

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 AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3139

X

X

Nombre 2 James Daniela Alejandra

CC 1.010 130 556 X

Villavicencio Colombia Meta Villavicencio Colombiana

19092000

ARL SURA

Porvenir

Calle 12 # 46 -16

$2.279000

3124303305 danielaalejandragomez@gmail.com

Meta Villavicencio

X

3140

Colmedicas Entregues EPS

Calle 2 A # 30-56 Ja Floridablanca

consultoriajegomez@gmail.com Meta

Villavicencio

902.051.541-3

1.010.130.556

Gomez James Daniela Alejandra

CC

01072026

19092000

porvenir
sólo hay uno

3141

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

FORMATO

"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA — 2026 01 23

3142

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Diligenciar con letra clara)

Razón Social: Conexion Integral S.A.S. — Nit: 901 051 541-3 — Celular: 3214437630

Dirección de Notificación: Calle 2A #30-56 — Barrio/Vereda: La cordiana — 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) (BN) — Celular: 3124303305

Fecha de Nacimiento: 11 09 2000 — Fecha de Expedición: 08 10 2019 — Correo Electrónico: danielalejandragomezjaimes@gmail.com — Dirección de Residencia: Calle 12 #43-10 — Barrio/Vereda: Cadenero

Ciudad/Municipio: Villavicencio — RURAL — URBANO (X)

País: Colombia — Resguardo: — Pueblo Indígena:

Estado Civil: (X)Soltero(a) (Casado) (Unión Libre) (Separado) (Divorciado) (Viudo) — Pertenencia Étnica: (Afrocolombiano) (Indígena) (Comunidad Negra) (Palenquero) (Raizal del Archipiélago) (Ninguno de los Anteriores) (Rom o Gitano) (Raizal de San Andrés y Providencia)

Orientación Sexual: (X)Heterosexual (Homosexual) (Bisexual) (No Sabe/No Responde) — Nivel de Escolaridad: (Ninguno) (Básica Primaria) (Básica Secundaria) (Media Académica) (Media Técnica) (Media Normalista) (Técnico Profesional) (Tecnólogo) (Profesional) (X) (Especialización) (Maestría) (Doctorado)

Factor Vulnerabilidad: (Condición Discapacidad) (Desplazado) (Desmovilizado Desvinculado Reinsertado) (Privado de la Libertad) (Población Carcelaria Pospenitenciaria) (Víctima Violencia Armada No Combatiente) (Trabajador Rural) (Hijo(a) Trabajador Rural o Hijo(a) Trabajador Rural Menor de 18 años) (Madre Cabeza de Familia) (Población Migrante) (No Aplica) (X)

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

Fecha de Ingreso: 01 03 2026 — Cargo: Cadenero — Salario Básico Mensual ($): 2.229.000 — Tipo de Salario: (X)Variable (Fijo) — Tipo de Contrato: (X)Indefinido (Fijo) (Obra o Labor)

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 2A #30-56 — Barrio/Vereda: La cordiana — 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 HUERFANOS 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 los menores 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 solicitado cobra recibamos las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligencie los siguientes datos

Nombres y Apellidos	Correo Electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido diligenciada 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 sanción 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 reclamar de mi salario familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por esta 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 o terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
"Ejecutar una oferta con actualización de nuestros servicios sociales, programas, eventos, ventajas, convenios, ferias, sorteos, promociones o canjes relacionados con los nuestros y demás actividades relacionadas.
"Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de nuestros 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 y 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 encontrará 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 mis datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla: ( )

IMPORTANTE:

3143


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.143.837.945
SOLARTE BENAVIDES

ALEXANDER


FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1991
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-JUL-2009 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

ARL | sura

3144

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 AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3145

1 Tipo de Afiliado: 9		4 Tipo de Cotizante: X			
Solarte	Benavide	Alexander			
CC	1143833949	X	X		Colombiana
Pasto	Colombia	Nariño	Pasto		02071991
		9			
ARL SURA	Colpensiones	$ 554.000			
Cra 15 # 60-30 San Juan de Pasto					
3164136254	asbingeno@gmail.com				
Nariño	Pasto				

Datos Básicos de Identificación del Cotizante o Independiente(a) permanente del cotizante

27 Apellidos y nombres	28 Tipo de documento de identidad	29 Número del documento de identidad	30 Sexo biológico	31 Sexo identificación	32 Nacionalidad	33 Lugar de nacimiento	34 Fecha de nacimiento

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

	35 Apellidos y nombres	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 Fecha 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 celular	52 Valor de la UPC del
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

3146

Consorcio Interparques AC NIT 902 051 541-3

Calle 2A # 30-56 Jo Coralina

consorcio.interparques.ac@gmail.com Meta Villavicencio

3214437630

Solarte Benavides Alexander

CC 1.143 837 949 Femenino Masculino X

02 07 1991

01 07 2026

3147

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

3148

Colfondos
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

Comfarem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Fecha del Diligenciamiento: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

3149

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: [ ] Traslado: [ ] Cambio de Empleadores: [ ] Corrección: [ ] Reintegro Trabajador Pensionado Cotizante: [ ] Novedades Ley 1429/2010: [ ]

Nombre Empleador: Comercio Integrados SAS NIT: 902 051 541-3 Teléfono: 3214433690

Dirección de Ubicación de Empresa: Calle 2A #30 - 56 Barrio/Vereda: La Coralina Municipio: Villavicencio

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Salcedo Segundo Apellido: Bermudez Nombres: Alexander

Tipo de Identificación: (TI) (CC) (PEP) (PPT) (CE) (SC) N°: 1113 833949 Sexo: (F) (M) (BN) Celular: 3154136254

Fecha de Nacimiento: 02 03 1991 Fecha de Expedición: 22 01 2009 Correo Electrónico: asbringeno@gmail.com Ing Civil

Dirección de Residencia: Cra 15 #60 - 30 Barrio/Vereda: San Juan Municipio: Nunno Rural: [X] Urbano: [ ]

País: Colombia Ciudad: Departamento: Puerto Inírida: [ ]

Estado Civil: (X) Soltero (a) (Unión Libre) (Casado (a)) (Viudo (a)) (Separado (a) o Divorciado (a)) Pertenencia Étnica: (Afrocolombiano) (Indígena) (Gitano (Rrom)) (Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia) (Palenquero de San Basilio) (Ninguno de los Anteriores) (X)

Ocupación: 96 Nivel de Escolaridad: (Ninguno) (Básica Primaria) (Básica Secundaria) (Media) (Técnico) (Tecnológico) (Universitario) (Especialización) (Maestría) (Doctorado) (X)

Estado Actual: (Activo) (Pensionado) (Cesantías Retiradas) (Independiente) (Suspendido) (Pensionado por Invalidez) (Vr. Cesantías Retiradas por Empresa) (Pensionado por Vejez) (Pensionado por Aportes) (Pensionado por Riesgos Laborales) (Otro Cual?) (X)

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

Fecha de Ingreso: 01 07 2015 Cargo: Ing Estructuista Salario Básico Mensual ($): 5 554 000 Tipo de Salario: (X) Fijo Tipo de Contrato: (X) Término Fijo

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

Empresa y Anexos: 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 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: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] 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	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padre	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

Recuerde que cuando se reciba de sus personas a cargo o hijos cuando se haga parte de su grupo familiar, será el titular autorizado para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual debe allegar copia del documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar los dineros monetarios en diferente al cónyuge del 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 tercería mismos es causal de desafiliación según el artículo 43 de la ley 21 de 1982. Así mismo declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y me autorizo a Comfarem a que verifique la información en cualquier momento y a declarar de mi autoría familiar en donde los valores que me fueran reconocidos sin tener derecho a ello que este consignado y que se reporte a entidad de las novedades (Artículo 17 Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE LA TOS PERSONALES: autorizo de manera voluntaria y expresa a los servidores y dependencias de COMFAREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal de acuerdo con las datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COMFAREM (especificada en www.comfarem.com), información que será utilizada para los siguientes finalidades:
"Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el marco de la Seguridad Social Integral a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí mismo o mediante su encargo o terceros como integrantes del Sistema de Protección Social.
"Mejorar una eficiente comercialización de nuestros servicios a los cuales programas, eventos, actividades, concursos, rifas, sorteos, promociones o beneficios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
"Evaluar la calidad de los servicios prestados, investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
"Realizar estudios a través de instituciones especializadas relacionadas con el Sistema de Seguridad Familiar.
"Ofrecer servicios de nuestro red de afiliados a nivel regional, nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su autorización, solicitud, prestación de servicios y relacionados a Caja de Compensación, serán tratados para los finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos físicas (papel) y/o electrónicas de la Caja de Compensación, con niveles de seguridad y protección de acceso. Usted podrá ejercer sus derechos de acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información sobre sí mismo, revocar la autorización otorgada a través de correo electrónico habeasdata@comfarem.com. Otras bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COMFAREM o los terceros que casa 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 y la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios la jefe de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerta Caldas, de acuerdo con la circular.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de los datos personales. En caso de no autorizar marque con una X en el espacio de toda: [ ]

IMPORTANTE

Los documentos que presentan al momento de la afiliación no serán devueltos por la Caja. La información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cualquier novedad se debe reportar a las instalaciones únicamente a partir de la fecha que presentan los documentos de acuerdo a los términos establecidos en la ley y para el cobro del subsidio familiar el original del documento de identificación de los padres o la cédula.

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

3150

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.850.083

Apellidos
SANTOS OSORIO

Nombres
MARIA VICTORIA



Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

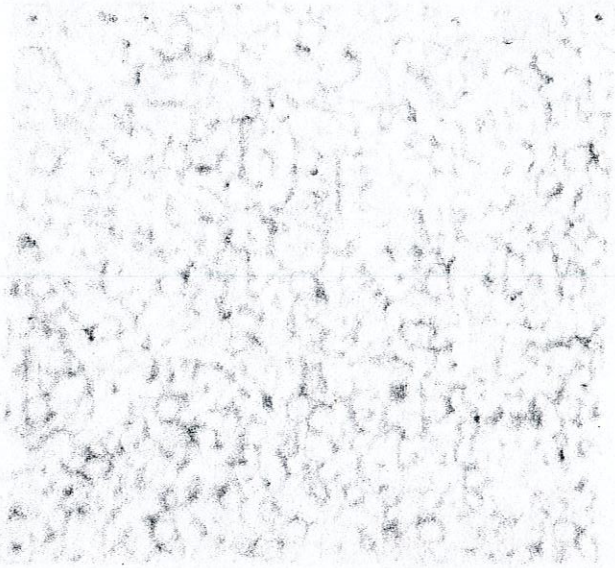
Fecha de nacimiento — G.S.
01 MAR 2007 — O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
31 MAR 2025, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
31 MAR 2035

3151



REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0781087900520 01<<<<<<<<<<<<
0703013F3503317COL112185008 3<9
SANTOS<OSORIO<<MARIA<VICTORIA<

ARL | sura

3152

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

Santas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

3153

3. Tipo de Afiliación: X
6. Tipo de Cotizante: X

1. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Santos	Osorio	Maria	Victoria

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cual	13. Nacionalidad
CC	1.121.850.083	X	X		Colombiana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
Villavicencio	Colombia	Meta	Villavicencio	01 03 2007

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL SURA	Colpensiones	$2.135.250	

26. Residencia Dirección				Indicativo
Cra 19 # 2A - 30 Vizcaya				3112956386
3112956385	mvosorio@gmail.com			
Meta	Villavicencio		Zona: Cabecera Municipal X / Rural Disperso	

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	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T ND Otro		

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

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 ND Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T ND Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T ND Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T ND Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T ND 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 Categoría	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Categoría	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Categoría	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Categoría	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Categoría	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a cargo del cotizante
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño		

	Dirección	Zona	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

3154

Consorcio Interparques AC NIT 902.051.541-3

Calle 2A #30-56 La Coralina

3214437630

consorciointerparques@gmail.com Meta Villavicencio

Santos Osono Kiana Victoria

CC 1.121.850.093 Femenino X Masculino

01/03/2007

01/07/2026

Victoria Santos

X

3155

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.

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.

FORMATO

AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR

3156

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Diligencie o marque con una X)

Razón Social: Cosecha Tabaquera S.A. NIT: 900.051.541-3 Sucursal: Villavicencio

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

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

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

Tipo de Identificación: CC X TI CE PEP PEPPT PPT SC Nº: 1.121.890.083 Sexo: F X M Otro Celular: 311 256 3365

Fecha de Nacimiento: 01 03 2005 Fecha de Expedición: 31 03 2023 Correo Electrónico: mariasantos@gmail.com Parentesco: Estudiante

Dirección de Residencia: Cra 19 # 24-30 Barrio/Vereda: Naranja Ciudad/Municipio: Villavicencio Pais: Colombia

Departamento: Meta

Zona: Urbana X Rural

Discapacidad: Ninguna X Auditiva Cognitiva Física Mental Múltiple Visual

Estado Civil: Soltero X Casado Unión Libre Separado Viudo

Grupo Étnico: Ninguno X Afrocolombiano Indígena Rom Raizal Palenquero

Pertenece a Comunidad Indígena: Si No X Cuál?

Cuenta con Acudiente: Si No X

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

Fecha de Ingreso: 01 03 2026 Cargo: Conductor Salario Básico Mensual ($): 2.135.250 Incluye Salario: X Incluye Auxilio de Transporte: X

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

Empresa 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 CE PEP PEPPT PPT SC Nº: Sexo: F M Otro Celular:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Expedición: Correo Electrónico: Pais:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: Zona: Urbana Rural

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

Recuerde que solo se le otorgan los derechos a cargo de cada parte de su grupo familiar será la activa a otorgada para el cobro de subsidio familiar mismo 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 recibir las cuotas monetarias es diferente al empleador por favor diligencie 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 son reconocidos con verdad y exactos. El suministro de datos falsos así como la omisión de los mismos serán motivos para la cancelación de la afiliación según lo establecido en 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 me autorizo a COMFREM a que verifique la información en cualquier momento y a iniciar los procesos legales a que haya lugar en caso de inexactitud en la misma. Declaro bajo la gravedad de juramento que no tengo otra afiliación como trabajador en ninguna caja de compensación familiar, ni otros beneficiarios diferentes a los aquí relacionados.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES autorizo de manera voluntaria y gratuita a los servidores y dependencias de COMFREM, 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 grupo familiar, recopilados antes, durante y después de la relación laboral, de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COMFREM disponible en [illegible] información que será utilizada para las siguientes finalidades: Tramitar el ingreso y 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 otorga a sus afiliados usuarios y público en general para la misma y mediante su encargo a terceros como encargados del Sistema de Protección Social.

Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios, programas, eventos, estudios, concursos, ofertas, sorteos, promociones o campañas relacionadas con los mismos y demás actividades relacionadas.

Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias, hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.

Realizar estudios de mercado e estadísticas, encuestas relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.

Cumplir las veces de nuestras bases de afiliados a nivel regional y nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales de carácter sensible que se recolecten en el proceso de afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de la relación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por disposición legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento, se requiera de las cajas personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de acceso, consulta, actualización, rectificación, supresión de información sobre quienes reposan la autorización otorgada a través de correo electrónico [illegible] Para tales fines se cuenta con [illegible] que para la calidad de peticiones

Victoria Santos — FIRMA DEL TRABAJADOR

[illegible] — 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 las áreas de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de nuestra Caja y de acuerdo con la autoridad

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

IMPORTANTE

Los documentos que presentan alteraciones o enmendaduras no serán recibidos por la Caja. La información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Comfrem reconocerá la cuota monetaria a sus beneficiarios 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

3157

Anexo N°4
Inducciones

3158

CONSORCIO INTERPARQUES	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.

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

3159

	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 Bauna		
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, maquinas 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.

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

3160

	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:	Yuli Fernanda Falla		
IDENTIFICACIÓN:	1234888605	**CARGO:**	Palacual SJ

	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 reglamentos, 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.

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

3161

	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:	1119.842.860	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 Fisica, 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.

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

3162

CONSORCIO INTERPARQUES	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		

	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		

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

3163

CONSORCIO INTERPARQUES	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 (específicas 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	07/07/2026
	FECHA: DD/MM/AAAA

3164

CONSORCIO INTERPARQUES	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:	1.223.432.018	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, maquinas y equipos de la Empresa en condiciones normales de funcionamiento, para asi 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	07/07/2027
	FECHA: DD/MM/AAAA

3165

CONSORCIO INTERPARQUES	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 reglamentos, 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

3166

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

MARQUE CON UNA X

INDUCCIÓN	X	**REINDUCCIÓN**	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Daniela Alejandra Gomez		
IDENTIFICACIÓN:	1.010.130.556	**CARGO:**	Cadenero 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 reglamentos, 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 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

3167

CONSORCIO INTERPARQUES S.A.	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 Osorio		
IDENTIFICACIÓN:	7.121.950.083	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

3168

Anexo N°5
Cronograma de capacitaciones.

3169

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

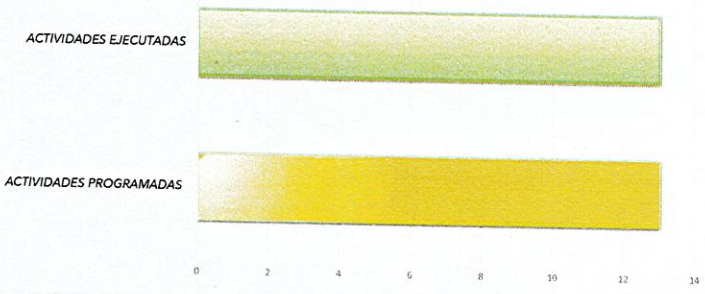
PROYECTO	INTERVENTORÍA TÉCNICA, LEGAL, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y CONTABLE PARA LLEVAR EL CONTROL DEL PROCESO CUYO OBJETO ES "ESTUDIOS, DISEÑOS Y CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE CONVIVENCIA CIUDADANA "PAZ A LO BIEN" TIPO I DEL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN DE LOS LLANOS, DEL DEPARTAMENTO DEL META
EJECUTOR	LUISA FERNANDA FALLA
FECHA DE INICIO	1/07/2026 — FECHA FIN: 26/07/2026

PROGRAMADO P | EJECUTADO E | FESTIVO

TEMA		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	L	M	M	J	V
	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
PARTICIPANTES ESPERADOS	PE	10	10	10	10	10	10	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
PARTICIPANTES ASISTENTES	PA	10	10	10	10	10	10	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
RIESGO MECANICO	P	P																														
	E	E																														
IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO	P						P																									
	E						E																									
RIESGO PSICOSOCIAL	P									P																						
	E									E																						
ENFERMEDADES LABORALES	P																	P														
	E																	E														
USO OBLIGATORIO DE DOTACION	P																									P						
	E																									E						

ACTIVIDADES PROGRAMADAS
ACTIVIDADES EJECUTADAS
PARTICIPACION
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO



Carre+A65:AJ69ra 2A No. 30-56 Barrio La Coralina
Teléfono: 608 663 83 78
interdeportivo1@gmail.com
Villavicencio-Meta-Colombia

3170

Anexo N°6
Control de Asistencia a capacitaciones.

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

3171

FECHA: 10-07-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA X CHARLA DIARIA X INDUCCION ☐

REINDUCCION ☐ CAPACITACION ☐ OTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Riesgo Foico

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				

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

3172

FECHA: 16-02-26

NOMBRE DEL RESPONSABLE: LUISA FERNANDA FALLA CARGO: PROFESIONAL SST

ACTIVIDA: REGISTRO DE ASISTENCIA X CHARLA DIARIA X INDUCCION ☐

REINDUCCION ☐ CAPACITACION ☐ CTRO: Cual ?

TEMA TRATADO: Ingreso y salida de maquinaria - Preoperacional

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 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

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

3173

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	

FIRMA DEL RESPONSABLE Luisa Falla

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

3174

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: Prevención 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				

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

3175

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 obligatorio 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	80.220.988	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				

CONSORCIO INTERPARQUES AC

3176

Anexo N°7
Entrega inicial de dotación

3177

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

Nombre: Johathan Andres Acuña
Cargo: Radente de ventanilla
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 Sabil	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

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

Recibido,

3178

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

Nombre: Rebanon Fernando Narvaun

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 ingeniero	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

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

Recibido,

3179

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
CONSORCIO INTERPARQUES		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: Nestor Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

3180

	ENTREGA DE DOTACIÓN	CI-SG-FT-03
CONSORCIO INTERPARQUES		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: Nelda Amanda Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido,

Daniela Gómez

3181

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

Nombre: Hana Alejandra Moreno

Cargo: Cadenero 4

C.C. No.: 1.122.910.519

ITEM	DESCRIPCION	TALLA	CANTIDAD
1	Camisa 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

3182

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

Nombre: Maria 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,

3193

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

Nombre: Andres Fernando Ochoa

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 seguridad	/	1
5			
6			
7			
8			
9			

Notas y Observaciones

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

Recibido,

3184

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

Nombre: Alexander Ochoa 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: Nestor Gomez Fecha: 01-07-26

Recibido, Alexander Ochoa

3185

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

Nombre: Luz Fernanda Faria

Cargo: Profesional SST

C.C. No.: 1234188805

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: Nelda Amanda Cortez Fecha: 01-07-26

Recibido,

CONSORCIO INTERPARQUES AC

3186

Anexo N°8
Inspección de EPP.

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

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

3187

FECHA INSPECCIÓN 14 | 04 | 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	—	—	—	—	—	—	—	
[illegible] 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

	CONSORCIO INTERPARQUES	Versión 1	Pagina 1 de 1

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

3188

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

3188

Anexo N°9
Inspección locativa

3190

	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 Tapia		

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	✓			

3191

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	✓			
[redacted]	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano		✓		
[redacted]	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	✓			
[redacted]	**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.	✓			

3192

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	Luz Jatalla
Firma responsable inspección	**Firma responsable de la sede o escenario**

3193

Anexo N°10
Inspección de equipos de emergencia

CONSORCIO INTERPARQUES NC

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

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

3194

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 GARANTÍA	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	B	
2	Oficina	X			10 lb	julio	2026	B	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

LISTA DE CHEQUEO ORDEN Y ASEO

Fecha de Versión: 07-07-2026
Código: CI-SG-FT-10
Version:01

3196

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 VÍAS 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

Luisa falla

Firma Profesional SST
Nombre: Luisa Fernanda Falla

CONSORCIO INTERPARQUES AC
NIT: 902.051.541-3

3197

ESPECIALISTA TOPOGRÁFICO

Calle 2A No. 30-56 Barrio La Coralina Villavicencio-Meta
consorciointerparquesac@gmail.com