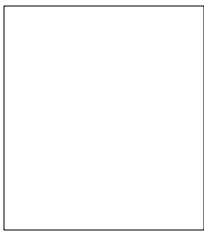




NIT: 800.106.404-0



Nombre(s): JUAN ANDRES

Apellido(s): LARRAHONDO OREJUELA

CC.: 1061428032 RH: O+

Empresa Usuaria: QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.

Cargo: AUXILIAR TIC

ARP SURA

EPS NUEVA EPS S.A.".



JUAN ANDRES
LARRAHONDO OREJUELA

C.C 1061428032
Cargo AUXILIAR TIC
Nit N800106404
Empresa OCUPAR TEMPORALES S.A



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Si quieres información sobre los productos y servicios de ARL SURA, comunícate con:

LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA
365 días del año durante las 24 horas,
01 8000 511 414

TELÉFONOS LOCALES DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN ARL SURA:
Bogotá: 311 59 11
Medellín: 44 45 78
Cali: 380 89 38
Barranquilla: 319 79 38
Pereira: 313 84 00
Manizales: 881 12 80
Bucaramanga: 691 79 38
Cartagena: 642 49 38

arlsura.com

	VINCULAR PERSONAL EN MISIÓN			CÓDIGO: FVPMPPER-01 VERSIÓN: 17 F V: 28/01/2025			
	CONTRATACIÓN						
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN						
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0		NOMBRE : JUAN ANDRES			FECHA DE INGRESO 24 2 2025		
APELLIDOS: LARRAHONDO OREJUELA	SUCURSAL: 6	CLIENTE QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.	LABOR: AUXILIAR TIC	Marque con una X			
LISTADO DE DOCUMENTOS				CODIGO	SI	NO	N.A.
01. Contrato de Trabajo				FVPMPPER-03			
02. Otro si							
03. Remisión del Servicio							
04. Evaluación de Inducción corporativa				FVPMPPER-02			
05. Evaluación de inducción- Reinducción SST				FAPMSST-04			
06. Consentimiento Informado				FAPMSST-38			
07. Comunicado de Responsabilidad SST				FAPMSST-39			
08. Recibo Documentos del Trabajador				FVPMPPER-05			
09. Soporte Cuenta de Ahorro							
10. Afiliación A.R.L.							
11. Afiliación E.P.S.							
12. Afiliación A.F.P. (Para colaboradores que no han cotizado anteriormente)							
13. Afiliación Caja de Compensación Familiar							
14. Entrega y Recomendación de uso de Carné				FVPMPPER-06			
15. Entrega y Recomendación uso de Dotación				FVPMPPER-07			
16. Aceptación de Políticas de la Organización				FVPMPPER-17			
17. Autorización para realización de poligrafía				FVPMPPER-18			
18. Carta de Consentimiento Informado PDP (De sí o no)				FVPMPPER-35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Orden de compra del servicio							
20. Certificado Aptitud Ocupacional (EMO)							
21. Hoja de Vida Actualizada con foto							
22. Cuatro (4) Fotocopias de la Cedula ampliada al 150%							
23. Fotocopia del ultimo certificado de estudio o acta de grado o correo de derogación del cliente							
24. Cartas laborales o correo de derogación del cliente							
25. Circular autorización protección información personal				FPANGES-19			
26. Sistema General de seguridad social en salud (ADRESS)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Certificado Fondo de Pensión							
28. Validación Antecedentes Judiciales POLICIA adjunto en ID talento, ONU, OFAC, Listas terrorista de Estados Unidos							
29. Certificado de Antecedentes en PROCURADURIA adjunto en ID talento							
30. Certificado RAMA JUDICIAL adjunto en Idtalento							
31. Acuerdo precontractual para realización de pruebas de alcohol y drogas				FVPMSEL-14			
32. Acuerdo precontractual para realización de prueba de polígrafo				FVPMSEL-15			
33. Referenciación laboral Registrado en iDtalento							
34. Entrevista Laboral Registrado en iDtalento							
35. Informe de selección Final de iDtalento							
36. Pruebas Psicotécnicas							
37. Informe Visita de Seguridad (Si aplica)				FVPMSEL-11			
REVISION DOCUMENTOS PERSONAL QUE CONDUCE							
38. Licencia de Conducción							
39. Certificado medico de aptitud con evaluación psicosensometrica (apto para conducir)							
40. Evaluación teórico practica de conducción							
41. Estado de cuenta en el simit - Paz y salvo con fecha actualizada							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTREGA DE DOCUMENTOS VIGENTES SI UTILIZA SU VEHICULO PROPIO PARA SU LABOR (Solo si desplaza durante la jornada laboral)								
42. Fotocopia de SOAT								
43. Fotocopia de Licencia de conducción								
44. Fotocopia de tarjeta de propiedad vehicular del vehículo que va a utilizar								
45. Fotocopia de Revisión tecnicomecanica (Carro nuevo es 6 años después del registro que aparece en la tarjeta de propiedad. Moto nueva, la revisión debes hacerla 2 años después de la fecha de registro que aparece en la tarjeta de propiedad)								
Vivienda Propia		Alquiler		Valor Arriendo \$ _____	Recibo Subsidio	SI	NO	
Cónyuge:						No. de Hijos :		
Nombre Hijo 1:		Nombre Hijo 3:			1. Edad:		3. Edad:	
Nombre Hijo 2:		Nombre Hijo 4:			2. Edad:		4. Edad:	
Seguro de Vida y Exequial		<input type="checkbox"/>	Autorizo Dto. Mensual:	4500				
Seguro de Vida y Exequial		<input type="checkbox"/>	Autorizo Dto. Anual:	54000				
Firma del Trabajador: _____								
BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA								
No	APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO	%				
1.								
2.								
3.								
4.								
Estado Civil: (Información Importante para la conformación de los beneficiarios del seguro Exequial) Marque con una X								
Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado / Unión Libre	<input type="checkbox"/>	Soltero con Hijos	<input type="checkbox"/>			
BENEFICIARIOS DEL SEGURO EXEQUIAL								
No	APELLIDOS	NOMBRE	PARENTESCO					
1.								
2								
FIRMA DEL TRABAJADOR								
C.C. No. _____								
PROCESO DE VINCULACION DE PERSONAL EN MISION								

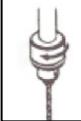
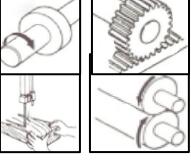
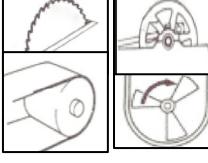


 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION	CODO: FVPMPPER-02 VERSION:12 F.V:12/08/2024  Evaluacion Inducion
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0	EVALUACION DE INDUCCION	
CERTIFICACIÓN DE INDUCCIÓN CORPORATIVA		
<p>Yo, _____ Con c.c. No. _____ Como trabajador de la Organización, doy Fe que al ingresar a laborar estoy en capacidad de realizar el trabajo dando cumplimiento de las Normas y Recomendaciones de Seguridad recibidas en la Inducción por parte de Ocupar Temporales S.A. cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, proteger muestra salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, 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.</p>		
EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN (Marque con una X)		
1. ¿Quién es su empleador directo?	2. ¿Qué tipo de contrato va a firmar?	
A) Ocupar Temporales S.A	B) La Empresa Cliente	A) Por duración de la obra o labor determinada B) Término Fijo C) Término Indefinido
3. Me comprometo a informar el número de mi cuenta de ahorros en un plazo máximo de 3 días de haber firmado mi contrato laboral. De lo contrario no podré recibir mi sueldo a tiempo.	4. Es mi responsabilidad cumplir con las normas de seguridad de la empresa usuaria	
A) Si A) Urgencias	B) No B) Por consulta Externa	A) Si A) Accidentarme B) Trabajar
5. Durante el primer mes de vigencia de su contrato, tiene atención médica en su EPS solo por:	6. Cuando cumple con las reglas de Seguridad y salud en el trabajo prevengo:	
A) Comfenalco C) Comfamar E) Cafam G) Comfandi I) Cofrem k) Otra Cuál:_____	7. ¿La caja de compensación familiar a la que usted quedará afiliado es?	
B) Comfacaucá D) Comfamiliar F) Comfasucre H) Comfadcordoba J) Comfatolima	A) Entregar en Ocupar Temporales y/o a mi ejecutivo de cuenta la Incapacidad, junto con la historia clínica B) Quedarme con la incapacidad y no reportarla.	
9. Tengo conocimiento que si no presento todos los documentos para la afiliación de mis beneficiarios a la EPS como a la Caja de Compensación, no tendré acceso a los servicios prestados por estas entidades.	10. Como trabajador de la Organización soy responsable de:	
A) Si A) No	A.) Velar por mi seguridad - autocuidado y reportar los riesgos para evitar accidentarme B) Realizar mi labor sin tener autocuidado y sin importar los riesgos a los cuales estoy expuesto	
11. Certifico que recibí inducción en la Organización, sobre el pago de mis salarios, riesgos profesionales, seguridad y salud en el trabajo, para prevenir los accidentes y enfermedades	12. Comprendo la política de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas) en el trabajo, que la empresa implementa:	
A) Si B) No	A) Si B) No	
13. ¿Qué debe hacer en caso de decidir no continuar laborando para la empresa usuaria para la cual se me está contratado?		
A) No presentarme a laborar mas. B) Informarle a un compañero que no voy a volver a trabajar.	C) Informar a Ocupar Temporales oportunamente la decisión, acompañada de la carta de renuncia D) Informar en la empresa donde estoy laborando que no trabajaré mas.	
Para constancia se firma en la ciudad de _____	a los _____ días del mes de _____ del año _____	
FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.	PROCESO DE VINCULACION DE PERSONAL EN MISION	

 Ocupar®	ADMINISTRAR PERSONAL EN MISIÓN GESTIONAR LA SEGURIDAD Y SALUD TRABAJADORES MISIÓN	FAPMSST-04 VERSIÓN: 07 F. V: 30/04/2024
Ocupar Temporales S.A. NIT: 800106404-0	CONSTANCIA Y EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	 INDUCCION SST

Yo, _____ con c.c. No. _____ Como trabajador de la Organización bajo el cargo de _____, doy fe que al ingresar a laborar estoy en capacidad de realizar la labor para la cual fui contratado, dando cumplimiento a las Normas y Recomendaciones de Seguridad y salud en el trabajo recibidas en la Inducción por parte de Ocupar Temporales S.A, el día _____. Cuyo objetivo es evitar Incidentes, Accidentes y Enfermedades laborales, proteger nuestra salud e integridad Física, Psicológica y Social y a la vez mantener las instalaciones, 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.

EVALUACIÓN PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN COLABORADORES:
Marque con una X la respuesta seleccionada.

<p>1. Uno de estos NO es el objetivo de Seguridad y Salud en el trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuir la frecuencia de accidentalidad en las empresas usuarias con frecuencia igual o superior al 20%</p> <p><input type="checkbox"/> Crear ambientes inseguros en las organizaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Asegurar el cumplimiento de los planes de intervención en las empresas usuarias</p>	<p>2. Nuestras políticas son:</p> <p><input type="checkbox"/> Política de Reciclaje, Alimentación, y Horarios de descanso.</p> <p><input type="checkbox"/> Política integral, de Control, Seguridad y Calidad; Seguridad Vial; Prevención de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras sustancias Psicoactivas en el trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Políticas de Emergencia y de Buen compañero.</p>
<p>3. Responda Verdadero o Falso a la siguiente afirmación: Riesgo Psicosocial son aquellos aspectos relacionados con la organización del ambiente de trabajo, su diseño y del entorno social involucrado que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores.</p> <p><input type="checkbox"/> Verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> Falso</p>	<p>4. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte es:</p> <p><input type="checkbox"/> Accidente de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Incidente de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad laboral</p>
<p>5. En un Incidente de trabajo:</p> <p><input type="checkbox"/> Se remite al colaborador a un centro asistencial para que sea atendida su lesión.</p> <p><input type="checkbox"/> No ocurre ninguna lesión, enfermedad, daño, u otra pérdida es denominado también "cuasi-perdida"</p>	<p>6. Un riesgo biomecánico es generado entre otras fuentes por:</p> <p><input type="checkbox"/> Caminatas</p> <p><input type="checkbox"/> Posturas</p> <p><input type="checkbox"/> Meditación</p>
<p>7. Es el conjunto de factores físicos que pueden dar lugar a una lesión por la acción de elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar o materiales proyectados, sólidos o fluidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Riesgo eléctrico</p> <p><input type="checkbox"/> Riesgo mecánico</p> <p><input type="checkbox"/> Riesgo físico</p>	<p>8. Relacione la letra con algunos mecanismos de accidentes por riesgo mecánico</p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  —   —  </div> <p>A) Manipulación de cargas B) Cizallamiento C) Picadura de insectos D) Superficie caliente E) Picadura de insectos F) Ruido G) Atrapamiento y/o arrastre H) Líquidos y rocíos I) Aplastamiento</p>
<p>9. Marque con una X el punto de peligro en las siguientes imágenes</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div>	<p>10. De las siguientes afirmaciones cual No corresponde a una medida de seguridad en máquinas y/o equipos, herramientas y utensilios.</p> <p><input type="checkbox"/> Cerciorarse que disponen de los resguardos, barreras o sistemas de seguridad necesarios para evitar el acceso a la zona de riesgo o la puesta en marcha accidental.</p> <p><input type="checkbox"/> Bloquear, anular o manipular los elementos de seguridad para facilitar o agilizar una tarea.</p> <p><input type="checkbox"/> Notificar rápidamente cualquier desperfecto, avería o mal funcionamiento de máquinas, equipos y herramientas</p>
<p>11. Cuáles de los siguientes Elementos de protección personal se deben tener en cuenta para la manipulación de productos químicos</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Visual, respiratoria, facial, traje de seguridad, botas de seguridad y guantes</p> <p><input type="checkbox"/> Casco, protección respiratoria, facial, traje de seguridad, botas de seguridad y guantes</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Visual, arnés, traje de seguridad, botas de seguridad y guantes</p>	<p>12. Cuando se considera que un peso hace referencia a manipulación de carga?</p> <p><input type="checkbox"/> 12,5 KG</p> <p><input type="checkbox"/> 25 KG</p> <p><input type="checkbox"/> 3 KG</p>
<p>13. Es Manejo Defensivo: Estar atento a situaciones imprevistas como huecos, neblina, humo, desniveles, reductores de velocidad, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Verdadero</p> <p><input type="checkbox"/> Falso</p>	<p>14. Una de las siguientes precauciones para conducir es correcta:</p> <p><input type="checkbox"/> Conducir a velocidad mayor de la permitida</p> <p><input type="checkbox"/> Ubicar debidamente los pies en cada uno de los pedales del vehículo</p> <p><input type="checkbox"/> Maniobra de adelantamiento por la derecha de otro vehículo</p>

 Ocupar®	ADMINISTRAR PERSONAL EN MISIÓN GESTIONAR LA SEGURIDAD Y SALUD TRABAJADORES MISIÓN	FAPMSST-04 VERSIÓN: 07 F. V: 30/04/2024
Ocupar Temporales S.A NIT: 800106404-0	CONSTANCIA Y EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN DE SERGÜEDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	 INDUCCION SST

15. En caso de Accidente de trabajo el colaborador debe: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auto medicarse <input type="checkbox"/> Reportar inmediatamente a su jefe inmediato el evento de accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> No notificar el evento. 	16. Un grupo de empleados, conformado por representantes del empleador y representantes de los empleados, que busca prevenir el ACOSO LABORAL es: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copasst <input type="checkbox"/> Brigada de emergencias <input type="checkbox"/> Comité de convivencia
17. Es un organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Seguridad y Salud en el trabajo dentro de la Compañía. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Copasst <input type="checkbox"/> Brigadas <input type="checkbox"/> Comité de convivencia 	18. Una de las responsabilidades de los Coordinadores de evacuación es: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantener el listado de personal a verificar en el punto de encuentro. <input type="checkbox"/> Saludar a los organismos de socorro. <input type="checkbox"/> Salir corriendo durante una emergencia
19. Siendo un empleado en misión debo acatar y poner en práctica los lineamientos del plan de emergencias y evacuación de: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plan de Emergencia de la Policía de la Ciudad <input type="checkbox"/> Plan de Emergencia de la Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Plan de Emergencia de la Comuna 	20. Dentro del Plan Estratégico de Seguridad vial de la compañía se establece que: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si lo deseo acato las Normas del Código Nacional de Transito. <input type="checkbox"/> Es responsabilidad de los colaboradores que conduzcan un vehículo para el desarrollo de sus funciones, realizar la inspección pre-operacional del vehículo diariamente. <input type="checkbox"/> La compañía No dará espacios de Capacitación en seguridad Vial
21. Cuál de las siguientes afirmaciones se considera un acoso laboral: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reconocimiento de méritos <input type="checkbox"/> <i>Burlas sobre la apariencia física o la forma de vestir formuladas en publico</i> <input type="checkbox"/> Evaluación de desempeño 	22. A donde se puede reportar una presunta queja de acoso laboral: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> comitedeconvivencia@ocupar.com.co <input type="checkbox"/> seguridadysalud@ocupar.com.co <input type="checkbox"/> amigostodos@ocupar.com.co
23. Dentro de las obligaciones y responsabilidades de todo colaborador en Seguridad y salud en el trabajo encontramos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si lo deseo cuidar mi Salud <input type="checkbox"/> Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud <input type="checkbox"/> Cuando me quede tiempo participar en las actividades programadas. 	24. La debida disposición de material reciclable (Papel archivo, periódico, cartón) se hace en el recipientes de color <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Negro

Firma del trabajador: _____

 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION		CODO: FVPMPER-05 VERSION:06 F.V: 12/08/2024
	CONTRATACION		
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0	RECIBO DOCUMENTOS DEL TRABAJADOR		
CIUDAD: <u>SANTANDER DE Q</u>	24	02	2025
			CLIENTE: <u>QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.</u>
NOMBRE DEL TRABAJADOR: <u>LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES CC 1061428032</u>			
DIRECCION Y TELEFONO:			No. Dctos: _____
DOCUMENTOS RECIBIDOS 			
OBJETO DEL DOCUMENTO: _____ 			
<u>Johanna Calambás</u> DEPARTAMENTO DE PERSONAL		FIRMA TRABAJADOR  Afiliaciones Seguridad Social	
La información personal en este documento será tratada y protegida de acuerdo con nuestras políticas de protección de datos personales que puede consultar en https://ocupar.com.co/site/ .			

IMPORTANTE ¡

En este documento tiene como objetivo conocer claramente cuál es su necesidad de afiliación de su grupo familiar, ya sea en EPS o Caja de compensación. Por favor relacionar los documentos que usted envió a Ocupar Temporales para las afiliaciones, así:

Indicaciones para el diligenciamiento de este formato:

No. Dctos: Colocar la cantidad de documentos que envió.

al 150%, certificado de estudio original con fecha de expedición no mayor a 30 días, donde especifique periodo cursado e intensidad horaria.

Documentos Recibidos: relacionar los documentos que usted envió para su trámite de afiliación de su grupo familiar



PADRES DEL TRABAJADOR MAYORES DE 60 60

1. Fotocopia del registro civil del trabajador con nota de parentesco.
2. Fotocopia de la cédula de ambos padres, así se vaya a afiliar a uno solo.
3. Si alguno de los padres está fallecido, presentar copia del acta de defunción; o de lo contrario declaración extra-jurado en la cual indique que su parentesco.
4. Certificado de EPS del parentesco a afiliar.
5. Diligenciar formato de declaración ante Comfaca, que adjunto a este comunicado.

❖ **CONYUGE EPS Y CAJA**

1. Fotocopia de la cédula del cónyuge.
2. Declaración de convivencia.

❖ **HIJOS EPS Y CAJA**

1. Fotocopia del parentesco.
2. Declaración juramentada CCF

NIÑOS ENTRE 0 Y 6 AÑOS: Fotocopia del registro civil del (los) niño(s). En él debe aparecer relacionado el nombre de los padres del niño. (Es decir que tenga nota de parentesco).

NIÑOS ENTRE 7 Y 11 AÑOS: Fotocopia del registro civil legible, para demostrar parentesco, Fotocopia de la tarjeta de identidad, por ambos lados ampliada al 150%

NIÑOS ENTRE 12 Y 18 AÑOS: Fotocopia del registro civil legible, para demostrar parentesco, Fotocopia de la tarjeta de identidad, por ambos lados ampliada

OBSERVACIONES

Las copias de los documentos deben ser legibles y sin enmendaduras, de lo contrario la afiliación será rechazada por parte de la caja.

 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION	Código: FVPMPER-07 Versión:08 F. V.:12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT.800106404-0	ENTREGA Y RECOMENDACIÓN DE USO DE DOTACION PERSONAL EN MISION	

NOMBRE DEL TRABAJADOR LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES

CLIENTE: QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.

CARGO: AUXILIAR TIC

PERIODO LEGAL: **ENERO – ABRIL** FECHA DE ENTREGA: 24/02/2025

Por medio de la presente hago constar que he recibido de mi empleador la dotación de calzado y vestido de labor, correspondiente al periodo legal arriba mencionado, de conformidad con lo establecido en el artículo 230 del C.S.T; relacionado a continuación:

TALLA CAMISA: _____.

TALLA PANTALON: _____.

TALLA BOTAS: _____.

Me comprometo, además:

- A) Utilizar la dotación única y exclusivamente cuando esté desarrollando las labores para las cuales fui contratado; si no lo hago, reconozco y acepto que el empleador quedará eximido de entregarme la dotación para el siguiente periodo y podrá tomar las acciones correspondientes (artículo 233 del C.S.T.).
- B) Que una vez terminada la relación laboral con mi empleador por cualquier causa, no usaré la dotación; y por lo tanto exonero a mi empleador de cualquier responsabilidad por el uso indebido de la misma en ejecución del contrato laboral o después de terminada la misma.

ENTREGA

El trabajador

Johanna Calambás

RECIBÍ CONFORME

C.C

Proceso de Vinculación de Personal en misión

	VINCULAR PERSONAL EN MISION	Código: FVPMPER-07 Versión:08 F. V.:12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT.800106404-0	ENTREGA Y RECOMENDACIÓN DE USO DE DOTACION PERSONAL EN MISION	

NOMBRE DEL TRABAJADOR LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES

CLIENTE: QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.

CARGO: AUXILIAR TIC

PERIODO LEGAL: **MAYO - AGOSTO** FECHA DE ENTREGA: 24/02/2025

Por medio de la presente hago constar que he recibido de mi empleador la dotación de calzado y vestido de labor, correspondiente al periodo legal arriba mencionado, de conformidad con lo establecido en el artículo 230 del C.S.T; relacionado a continuación:

TALLA CAMISA: _____.

TALLA PANTALON: _____.

TALLA BOTAS: _____.

Me comprometo, además:

- A) Utilizar la dotación única y exclusivamente cuando esté desarrollando las labores para las cuales fui contratado; si no lo hago, reconozco y acepto que el empleador quedará eximido de entregarme la dotación para el siguiente periodo y podrá tomar las acciones correspondientes (artículo 233 del C.S.T.).
- B) Que una vez terminada la relación laboral con mi empleador por cualquier causa, no usaré la dotación; y por lo tanto exonero a mi empleador de cualquier responsabilidad por el uso indebido de la misma en ejecución del contrato laboral o después de terminada la misma.

ENTREGA

El trabajador

Johanna Calambás

RECIBÍ CONFORME

C.C

Proceso de Vinculación de Personal en misión

	VINCULAR PERSONAL EN MISION	Código: FVPMPER-07 Versión:08 F. V.:12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT.800106404-0	ENTREGA Y RECOMENDACIÓN DE USO DE DOTACION PERSONAL EN MISION	

NOMBRE DEL TRABAJADOR LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES

CLIENTE: QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.

CARGO: AUXILIAR TIC

PERIODO LEGAL: **SEP - DICIEMBRE** FECHA DE ENTREGA: 24/02/2025

Por medio de la presente hago constar que he recibido de mi empleador la dotación de calzado y vestido de labor, correspondiente al periodo legal arriba mencionado, de conformidad con lo establecido en el artículo 230 del C.S.T; relacionado a continuación:

TALLA CAMISA: _____.

TALLA PANTALON: _____.

TALLA BOTAS: _____.

Me comprometo, además:

- A) Utilizar la dotación única y exclusivamente cuando esté desarrollando las labores para las cuales fui contratado; si no lo hago, reconozco y acepto que el empleador quedará eximido de entregarme la dotación para el siguiente periodo y podrá tomar las acciones correspondientes (artículo 233 del C.S.T.).
- B) Que una vez terminada la relación laboral con mi empleador por cualquier causa, no usaré la dotación; y por lo tanto exonero a mi empleador de cualquier responsabilidad por el uso indebido de la misma en ejecución del contrato laboral o después de terminada la misma.

ENTREGA

El trabajador

Johanna Calambás

RECIBÍ CONFORME

C.C

Proceso de Vinculación de Personal en misión

 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION	CÓDIGO: FVPMPPER-17 VERSIÓN: 10 F.V: 12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0	 <small>Aceptacion politicas organizacion</small> ACEPTACION POLITICAS DE LA ORGANIZACIÓN	

A continuación, se da constancia que se han dado a conocer las políticas de la organización para su lectura y aceptación.

1. ACCESO REDES Y SISTEMAS INFORMATICOS

Hago constar que he leído la política de la Organización sobre ACCESO REDES Y SISTEMAS INFORMATICOS en la cual se detallan los términos de uso para las mismas. Entiendo que los productos de hardware y software existentes en la compañía se deben usar únicamente para propósitos de la empresa

También soy consciente que los registros que detallan mi uso, transmisión y recepción de datos están sujetos a la revisión por parte de la gerencia y el departamento de sistemas con el fin de determinar, por cada usuario, todos los sitios de Internet y correo electrónico visitados. Solo podré hacer uso de los correos de Internet que la compañía me asigne al igual que los aplicativos.

Doy por entendido el pleno alcance de la política incluyendo las consecuencias que el uso indebido de redes y sistemas informáticos, pueda tener sobre mi vinculación laboral con la Organización, lo cual dará lugar a la cancelación inmediata de mi contrato laboral, por los daños económicos tan graves que puedo ocasionar a la compañía por delitos informáticos. La gerencia se reserva el derecho a ponerse en contacto a las autoridades pertinentes de conformidad con lo establecido en la Ley 1273 de 2009 (protección de la Información y de los datos) y normas afines.

2. POLITICA DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Por medio de la presente hago constar que he recibido durante el proceso de inducción, información relacionada con la política de tratamiento de datos personales, en la cual se establecen los lineamientos para asegurar que tanto la gestión de los derechos de los titulares como la atención de consultas o reclamos relacionados con la privacidad o el tratamiento de datos, se lleven a cabo de manera adecuada y dentro de los términos y tiempos establecidos por Ley. OCUPAR TEMPORALES SA respetará y asegurará que los titulares en todo momento puedan ejercer sus derechos de conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, así como solicitar prueba de la autorización, ser informado del uso que se dará a sus datos y revocar o solicitar supresión cuando el tratamiento no respete los principios establecidos por Ley. Adicionalmente puedo consultar libremente la política de tratamiento de datos en la página web: www.ocupar.com.co.

 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION	CÓDIGO: FVPMPPER-17 VERSIÓN: 10 F.V: 12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0	 <small>Aceptacion politicas organizacion</small> ACEPTACION POLITICAS DE LA ORGANIZACIÓN	

3. POLITICA DE SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIN INTEGRAL DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO:

Hago constar que he visto y comprendido la Política de Sistema de Lavados de Activos y financiación del Terrorismo y me comprometo a cumplir con la cultura orientada a aplicar las normas y procedimientos establecidos para la prevención del lavado de activos. Política que puedo consultar en el canal de Ocupar Temporales en Youtube - tema Sagrilaft-

4. POLITICAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Hago constar que he leído y comprendido igualmente la *Política Integral de Control Seguridad y Calidad, y la Política de Seguridad Vial*, comprometiéndome a dar cumplimiento a las mismas y a mis responsabilidades del sistema de gestión integral de la compañía, realizando mis labores asignadas con Calidad, seguridad y confiabilidad que conlleven a una eficaz prestación del servicio por parte de Ocupar Temporales S.A.

5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).

Por medio de la presente hago constar que he recibido durante el proceso de inducción, información relacionada con el Programa de Prevención del Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (SPA) en el lugar de trabajo.

Reconozco y acepto, después de conocer el Programa SPA, que mi empleador lo impulsa para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo, prevención que realiza a través de actividades de promoción, inducción, talleres pruebas y diagnósticos con los trabajadores, por lo tanto asumo el cumplimiento de mi responsabilidad, al igual que participar activamente en la implementación de la política, propiciando así un ambiente de trabajo seguro y entorno saludable para mí y mis compañeros de trabajo.

Manifiesto igualmente que, habiendo leído, comprendido la Política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (SPA) en el trabajo, si así me lo solicitan, me someteré a las Pruebas de Drogas y Alcohol, las veces que sea necesario dejando igualmente expresa autorización para que se realicen las mismas.

 Ocupar®	VINCULAR PERSONAL EN MISION	CÓDIGO: FVPMPPER-17 VERSION: 10 F.V: 12/08/2024
	CONTRATACION	
Ocupar Temporales S.A NIT:800106404-0	 <small>Aceptacion politicas organizacion</small> ACEPTACION POLITICAS DE LA ORGANIZACIÓN	

6. POLITICA DE SEGURIDAD VIAL

Hago constar que he leído y comprendido la Política de Seguridad Vial y me comprometo a dar cumplimiento a la misma, además que durante el proceso de inducción he recibido información relacionada con el Plan Estratégico de Seguridad Vial y mis responsabilidades en desplazamientos laborales y los trayectos en itinere.

LUGAR Y FECHA: SANTANDER DE QUILICHAO 24 DE FEBRERO DEL 2025

NOMBRE Y APELLIDO DEL EMPLEADO: _____

FIRMA DEL EMPLEADO: _____

C.C. _____ de _____

1. ÍNDICE DERECHO

 Ocupar®	PLANEAR Y ADMINISTRAR EL NEGOCIO	CÓDIGO: FPANGES-19 VERSIÓN: 05 F.V: 12/08/2024
	FORMULAR ESTRATEGIA Y PREPARAR PLAN ESTRATEGICO	
Ocupar Temporales S.A NIT: 800106404-0	AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE EMPLEADOS, Ley 1581 de 2012	

OCUPAR TEMPORALES SA identificado con **Nit 800.106.404-0** es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal, lo cual incluye imágenes, audios o videos para las siguientes finalidades: (1) Adelantar campañas de Actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales; (2) Adelantar comunicaciones a distancia para la venta de productos o servicios; (3) Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono, WhatsApp u otro medio; (4) Adelantar investigaciones en caso de presentarse situaciones de riesgo o violaciones a la seguridad; (5) Atender requerimientos de autoridades judiciales o administrativas; (6) Atraer, Atender y Mantener clientes ofreciendo productos y servicios; (7) Cumplir con la atención de derechos de los ciudadanos; (8) Cumplir con los deberes económicos y contables de la organización; (9) Cumplir con los requisitos legales asociados a la formalización de contratos; (10) Cumplir con los requisitos legales para la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo; (11) Enviar y compartir publicidad propia; (12) Generar facturas electrónicas de venta; (13) Generar informes de gestión y datos para la toma de decisiones; (14) Gestionar la seguridad en todos sus aspectos; (15) Gestionar las relaciones, derechos y deberes que se tienen con los titulares ; (16) Gestionar los requisitos o necesidades que nos hayan sido requeridos o se deriven de una relación comercial; (17) Gestionar y mantener un histórico de relaciones comerciales; (18) Mantener un registro histórico, científico o estadístico; (19) Realizar actividades de cobro y pago; (20) Realizar actividades de fidelización; (21) Realizar actividades de gestión administrativa; (22) Realizar actividades de marketing tradicional o digital; (23) Realizar análisis de segmento de mercado; (24) Realizar el envío de comunicaciones a nivel general; (25) Realizar encuestas de opinión; (26) Realizar la aplicación de sanciones asociadas a incumplimientos de algún tipo; (27) Realizar la formalización de ajustes o acuerdos de pago; (28) Realizar la verificación de cumplimientos legales o normativos; (29) Realizar la verificación de datos o referencias suministradas con terceros o entidades; (30) Realizar la verificación de datos y referencias; (31) Recibir y gestionar requerimientos sobre productos o servicios, atención a los titulares (Gestión PQR); (32) Remitir o enviar información relacionada con el objeto social de la organización

Para el desarrollo de las actividades podremos requerir datos: (1) Datos de salud; (2) Características morales o emocionales; (3) Factor de vulnerabilidad, estos datos de acuerdo con la Ley se consideran sensibles puesto que pueden llegar a afectar la intimidad o cuyo uso indebido puede generar discriminación, si llegamos a requerir la recolección de esta información toda persona tiene el derecho a contestar o no las preguntas que se le formulan y a entregar o no los datos solicitados.

Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a pdp@ocupar.com.co o ingresando a nuestra página web <https://ocupar.com.co/site/>

CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN: Manifiesto que, OCUPAR TEMPORALES SA es el titular de los derechos patrimoniales que le corresponden sobre las obras en que se incorpore mi imagen, por el tiempo máximo que establezca la ley y sin perjuicio del respeto al derecho moral protegido por la legislación colombiana y demás normas supranacionales. En desarrollo de lo anterior, se entiende transfiere a OCUPAR TEMPORALES SA todos los derechos de explotación particularmente el derecho de reproducción, transformación, comunicación, pública y distribución, por cualquier medio conocido o por conocer, incluido Internet de la obra de la cual haga parte mi imagen, renunciando a cualquier exigencia económica o patrimonial frente a la utilización de las imágenes, audios o videos.

La información personal en este documento será tratada y protegida de acuerdo con nuestras políticas de protección de datos personales que puede consultar en:<https://ocupar.com.co/site/>

 Ocupar®	PLANEAR Y ADMINISTRAR EL NEGOCIO	CÓDIGO: FPANGES-19 VERSIÓN: 05 F.V: 12/08/2024
	FORMULAR ESTRATEGIA Y PREPARAR PLAN ESTRATEGICO	
Ocupar Temporales S.A NIT: 800106404-0	AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE EMPLEADOS, Ley 1581 de 2012	

COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO: Al diligenciar la información requerida se compromete a: (1) Conocer, aplicar, respetar y dar estricto cumplimiento a los lineamientos o directrices de protección de datos personales y seguridad de la información que hayan sido o sean elaborados para asegurar el tratamiento de datos personales, la gestión de la privacidad y seguridad de la información; (2) Mantener estricta confidencialidad sobre la información, datos y medidas de seguridad de índole organizativa y técnica que por una u otra razón conozca o llegue a conocer como producto del trabajo que realiza o realizará en OCUPAR TEMPORALES SA ; y (3) Reportar o informar de inmediato al responsable de protección de datos personales, su jefe directo o su superior a cargo sobre cualquier vulneración, irregularidad, situación o riesgo sobre la seguridad y privacidad de la información que sea generado por cualquier otro empleado, tercera persona o sistema de información.

INFORMACIÓN DE MENORES A SU CARGO: Si tiene hijos menores a su cargo y se requiere la información de dichos menores para actividades legales, administrativas o de bienestar por parte de OCUPAR TEMPORALES SA, al completar esta autorización de tratamiento de datos, usted está (i) confirmando que es el padre, representante o tutor legal de los menores de edad sobre los cuales proporcionará información; (ii) autorizando el tratamiento de la información que proporcione a través de cualquier medio, y (iii) autorizando el tratamiento de la información para los fines descritos en este aviso de privacidad y autorización expresa. En todo caso, en el tratamiento de la información personal de menores de edad OCUPAR TEMPORALES SA asegurará el respeto a los derechos de los menores de edad y el establecimiento de medidas de protección especial para dicha información.

El firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a OCUPAR TEMPORALES SA para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades, compromisos o lineamientos especiales mencionados anteriormente, así mismo, manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad

Nombres y Apellidos: _____

Cédula de Ciudadanía _____ de _____

Lugar y Fecha: _____

Firma: _____

Proceso de Vinculación de Personal en misión

Santander de Quilichao, 24/02/2025

Señor@

LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES

CC 1061428032

Asunto: Notificación solicitud de información – Consulta de autorización de transmisión de datos personales.

Cordial saludo

Por medio de la presente **OCUPAR TEMPORALES S.A.**, su empleador se permite informarle que en fecha 24/02/2024, la empresa usuaria **QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.**, donde usted labora como trabajador en misión, informó a la compañía de manera formal la necesidad de que fueran extendidos una serie de documentos en donde consta información personal de la cual usted es titular, a partir de la solicitud adjunta a la presente como **ANEXO No.1**, situación que implica extender a un tercero la potestad para el tratamiento de sus datos personales, a partir de la entrega de la copia de los documentos requeridos.

Por lo anterior, **OCUPAR TEMPORALES SA**, dando cumplimiento al artículo 15 y 20 de la Constitución Nacional, la Ley 1581 de 2012, el Capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015 y la Sentencia C-748 de 2011, por medio de la presente se permite extenderle la presente información y solicitarle comedidamente sírvase indicar si conociendo la necesidad expuesta por medio de la presente, **AUTORIZA O NO AUTORIZA**, la entrega de copia simple de los documentos relacionados por la empresa usuaria **QUIMICOS DEL CAUCA S.A.S.**, en el **ANEXO No.1**, adjunto a la presente, para lo cual comedidamente se le solicita diligenciar los siguientes campos:

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito dejar la presente constancia obrando en nombre propio, y en pleno conocimiento de mis derechos relacionados con **HABEAS DATA**, y de manera voluntaria sobre la solicitud que me ha sido puesta en conocimiento sobre el tratamiento de mis datos personales descritos en el **ANEXO No.1**, manifiesto lo siguiente:

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE TRANSMISIÓN DE DATOS PERSONALES A TERCERO

AUTORIZA		NO AUTORIZA
FIRMA:		
NOMBRE CC TRABAJADOR EN MISIÓN		HUELLA

Cordialmente



JOHANNA CALAMBAS
PSICOLOGA
SANTANDER DE QUILICHAO
OCUPAR TEMPORALES S.A.

 www.ocupar.com.co

AUTORIZACION DE DESCUENTO

Yo, **LARRAHONDO OREJUELA JUAN ANDRES**, identificado con la cédula de ciudadanía No **1061428032**, en mi calidad de trabajador, autorizo a mi empleador **OCUPAR TEMPORALES SA**, descontar el valor de **\$3.000** quincenales como una parte del beneficio que recibo en especie por concepto de alimentación.

Si a la terminación del contrato que me vincula con **OCUPAR TEMPORALES SA** hay valores a mi cargo por conceptos aquí relacionados, autorizo igualmente a mi empleador para que descuento de mis prestaciones sociales los valores pendientes de pago por concepto de casino.

Para constancia de lo anterior, firmo la presente autorización de descuento a los 24 del mes de Febrero del año 2025.

Nombre y firma

C.C. -----

YO:

identificado(a) con:

 C.C. T.I. C.E. PAS. CD. PEP. PPT. VISA. OTRO. CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

<input type="checkbox"/> 1. Convivencia y dependencia económica	<input type="checkbox"/> 2. Unión marital de hecho / Unión libre	<input type="checkbox"/> 3. Padres o hermanos huérfanos de padres	<input type="checkbox"/> 4. Otros
---	--	---	-----------------------------------

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace _____ años y _____ meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como:

Dependiente Independiente Pensionado(a) Estudiante No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)s a otra caja de compensación familiar.

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
	TIPO	Número			

Firma del padre

Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ identificado con _____ padre / madre biológico(a) del menor _____ identificado con _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones _____

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

- 1 Formulario de afiliación
- 2 Documento de identificación del trabajador.
- 3 Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
- 4 Documento de identificación de los padres del trabajador.
- 5 Registro civil de nacimiento del trabajador.
- 6 Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
- 7 Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
- 8 Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses. (No obligatorio Independiente y Pensionado)
- 9 Certificado de discapacidad o perdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
- 10 Para desafiliar a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
- 11 Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora: Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfaca Cauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar collilla de pago de la mesaada.
- 12 Custodia expedida por autoridad competente, (ICBF, Comisarías, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
- 13 Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
- 14 Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
- Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional
- 15 (Fondos Privados) Copia del **último desprendible de pago**, para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.

16 Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja

17 Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.

18 Certificación veteranos

19 Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora

20 Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Trabajador	Adjuntar documentos de estos numerales
Dependiente	1 2
Independiente	1 2 16 17 21
Pensionado	1 2 15 16 17
Veterano	1 2 19
Madres comunitarias	1 2 21 20
Facultativos	1 2 21

Personas a Cargo del Trabajador (Dependiente, Independiente y Pensionado 0.6 y 2% - NO APLICA para Pensionado por Fidelidad)

Conyuge/Compañero(a) permanente sin hijos. 3

Conyuge/Compañero(a) permanente e hijos de la unión. 3 6 7 8 9 10 11

Conyuge/Compañero(a) permanente e hijastro(s). 3 6 7 8 9 10 11 12

Hijos de trabajador(a) separado(a). 3 6 7 8 9 10 11

Hijos no reconocidos por uno de los padres (menores en cuyo registro civil figure únicamente uno de los padres.) 6 7 8 9

Padres. 4 5 9 10 13 18

Hermanos huérfanos de padres 5 6 7 8 9 10 14

1

**DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PARA AFILIACIÓN DEL COMPAÑERO (A) PERMANENTE E HIJASTROS**

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____

Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____

No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Que vivo en unión libre y bajo el mismo techo desde hace _____ años _____ meses, con _____

quien se identifica con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____

2. Que la persona indicada en el numeral 1 depende económicamente de mi.

3. Que los hijos relacionados en este formulario dependen económicamente de mi.

4. Que el padre biológico Sr.(Sra.) Apellidos _____ Nombres _____ con

c.c. _____ de _____ del menor(res) relacionados no recibe subsidio familiar y no responde económicamente por ellos.

Firma del Trabajador

Firma del Compañero (a) Permanente

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

DILIGENCIE ESTA DECLARACIÓN ÚNICAMENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. Afiliación de hijo(s) y / o 2. Compañero(a) permanente depende económicamente de usted

2

DECLARACIÓN DE DISOLUCIÓN DE LA UNIÓN LIBRE - PARA COMPAÑERO (A) PERMANENTE

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____

Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____

No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

que no convivo en unión libre ni bajo el mismo techo con _____ (nombres y apellidos)

identificado(a) con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

3

**DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PARA AFILIACIÓN DE LOS HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE**

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____

Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____

No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Que convivo con mis hermanos huérfanos de padre y madre relacionados en este formulario y que ellos dependen económicamente de mi.

2. Que el (los) hermano (s) que voy afiliar en este formulario no reciben salario, pensión o renta alguna y otros hermanos no cobran subsidio por ellos.

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

4

DECLARACIÓN PARA AFILIACIÓN DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR.

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____

Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____

No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que mis padres, _____

y _____ identificado(a) con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____

y (Tipo de Identificación) _____ No. _____ expedida en: _____ respectivamente, dependen económicamente de mi y NO reciben salario, pensión o renta alguna y que ninguno de mis hermanos cobra subsidio familiar por ellos.

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

ESPACIO PARA DILIGENCIAR COMFACAUCA		DEVOLUCIÓN TOTAL <input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN PARCIAL <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LAS PERSONAS POR LAS QUE PRESENTAN LA DEVOLUCIÓN			
MOTIVO		MOTIVO	
MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN			
<input type="checkbox"/> 1. Documento de Identidad <input type="checkbox"/> 2. Declaración en formato Ministerio del Trabajo <input type="checkbox"/> 3. Custodia <input type="checkbox"/> 4. Certificado de Escolaridad <input type="checkbox"/> 5. Registro de defunción		<input type="checkbox"/> 6. Debe diligenciar el formulario: informe de novedades o reingreso de trabajadores <input type="checkbox"/> 7. Registro Civil con nota de parentesco <input type="checkbox"/> 8. Otros motivos: _____	
Ningún empleador "PERSONA NATURAL" puede afiliar a su cónyuge o compañero (a) permanente como empleado (a) suyo			

Ahora tu **SEGURO DE VIDA**
Viene con **PLAN EXEQUIAL**

Amparos	Valor Asegurado
Busto Muerto por cualquier causal	\$ 11.000.000
Incapacidad total y permanente	\$ 22.000.000
Indemnización por muerte accidental	\$ 5.500.000
Enfermedades graves al nacer	\$ 6.600.000
Renta libre por fallecimiento x 6 meses	\$ 200.000

*SLP: Sin límite de permanencia

Por Solo:
\$4.250

GRUPO FAMILIAR CUBIERTO
Según el grupo escogido en el formato de afiliación.

Titular, Union Libre o con Hijo	Grupo 2	Grupo 3	Titular Soltero	Grupo 4
Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Conyuge hasta 60 años para ingreso SLP*	Un hijo (6lo mes de gestación hasta 30 años)	Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Dos hijos (6lo mes de gestación hasta 30 años)
Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Titular hasta 75 años para ingreso SLP*	Dos padres (hasta 75 años para ingreso SLP)
Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Titular hasta 60 años para ingreso SLP*	Un hermano (6lo mes de gestación hasta 30 años)	Un hermano (6lo mes de gestación hasta 30 años)

*SLP: Sin límite de permanencia

Con nuestro FONDO DE EMPLEADOS adquiere tu **PLÁN COMPLEMENTARIO GRUPO PROTEGIDO**

Fondo de Empleados
Ocupar & Ocuvervis

Como **beneficio** por adquirir tu **cobertura complementaria** podrás contar con un seguro de **\$ 2.000.000**
(En caso de fallecimiento del titular por cualquier causa).

Seguro de vida 

COMPLEMENTARIO

- PLAN 1** •(1) Padres hasta 65 años para ingreso SLP*
•(2) Conyuge hasta 65 años para ingreso SLP*
- PLAN 2** •(1) Hijo (6lo mes de gestación hasta 30 años)
- PLAN 3** •(1) Hermano (6lo mes de gestación hasta 30 años)

Conoce nuestro Servicio Exequial



*Según los límites, condiciones y consideraciones del plan.

Líneas de atención inmediata:

Servicios complementarios Post-Exequiales donde existe la cobertura según el plan.

Los Olivos

Servicios en sala de homenajes Los Olivos (Donde existe cobertura).

Seguros de vida Aplica para planes complementarios.

Servicio de destino final donde existe la cobertura.

Descubra el Paquete de Beneficios que tenemos para ti

Para hacer uso de estos beneficios, el colaborador **debe** estar vinculado al **Plan Exequial con Seguro de Vida**.

Más vida para ti



Sin costo desde celular: #480
PBX: (2) 486 2020
Línea nacional 018000180150

OPCIÓN 1

Solicita tus asistencias
Sin costo desde celular: #480

OPCIÓN 3

Solicita tus auxilios
Contacta a tu asesor de servicios en las oficinas de Ocupar

Solicita tu Servicio Exequial

LLama sin costo desde celular: #480
PBX: (602) 486 2020
Línea nacional 018000180150

OPCIÓN 1

Solicita tu Seguro de Vida

Línea Solidaria: #789
PBX: (1) 291 6868
Línea nacional 018000512021

Adquiere tus Beneficios

PBX: (2) 487 9999
O contacta a tu Asesor de Sede

Plan de Protección Empresarial

Plan Exequial + Seguro de vida + Auxilios Personales + Asistencias para ti y tu familia

Para mayor información ingresa en nuestro portal web:
<http://mi.ocuweb.co/> ingresando tu usuario.