

	REGISTRO DE DATOS PERSONALES	ICA-GRAL-F-097
		Revisión No. 6

Fecha de diligenciamiento:	
-----------------------------------	--

Al diligenciar el presente formulario declaro lo siguiente: 1. Me comprometo a guardar absoluta confidencialidad de la información suministrada por ISMOCOL S.A. 2. Conozco y acepto la política de tratamiento de datos personales de la empresa, a la cual accedí en el siguiente enlace: <https://www.ismocol.com/es/proteccion-de-datos-personales>

I. DATOS PERSONALES																	
1. Apellidos						2. Nombres											
3. Fecha Nacimiento			4. Ciudad de Nacimiento			5. Departamento			6. Nacionalidad			7. Edad: (años cumplidos)					
Día		Mes		Año													
8. Grupo Sanguíneo:			9. Peso aproximado en kg.:			10. Estatura (cm):			11. Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>								
12. Religión:						13. Tallas: Camisa:			Pantalón:			Zapatos:					
14. Estado Civil						15. N° Hijos del trabajador			16. Número de personas a Cargo								
Casado(a) <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> <u>Divorciado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Viudo(a)</u> <input type="radio"/>																	
17. Profesión u Oficio:						18. Antigüedad en la Profesión u Oficio (en meses):											
19. Nombre de contacto de emergencia:						20. Teléfono contacto de emergencia:											

II. DOCUMENTOS DE IDENTIDAD														
21. Tipo documento de identificación:						22. Número documento de identificación:								
23. Fecha de expedición			24. Ciudad de expedición			25. Departamento			26. País expedición					
Día		Mes		Año										
Libreta Militar						Licencia de Conducción								
27. Nro. Libreta Militar:						31. Nro. Licencia Conducción			32. Categorías		33. Fecha Vencimiento		34. Servicios	
28. Clase:									A:					
29. Distrito:						35. Fecha Expedición Licencia			B:					
30. Fecha Expedición:									C:					
Datos de Pasaporte						Datos de Visa								
36. Número Pasaporte:						39. País de Expedición		40. Número de la Visa		41. Fecha Expedición		42. Fecha Vencimiento		
37. Fecha Expedición Pasaporte:														
38. Fecha Vencimiento Pasaporte:														

III. DOMICILIO											
43. Correo Electrónico:											
44. Dirección						45. Barrio / Vereda			46. Estrato		
47. Municipio			48. Departamento			49. Teléfono Fijo			50. Número de celular Actual		
51. Tipo de Vivienda:		Propia <input type="radio"/>		Familiar <input type="radio"/>		Arrendada <input type="radio"/>					

IV. DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL (*)											
52. Entidad		53. Fecha inicial de afiliación		54. Aportes voluntarios							
55. EPS (Salud)				56. Valor UPC Adicional (Salud):							
57. AFP (Pensión)				58. Entidad aporte voluntario AFP (Pensión):				59. Valor aporte voluntario AFP:			
60. Fondo de Cesantías				61. Recibe algún tipo de pensión o asignación de retiro?				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		62. Entidad que otorga pensión:	
63. ¿ha cotizado 50 semanas en los últimos 3 años al sistema de seguridad social en pensiones?:				Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		64. ¿cuántas semanas ha cotizado en los últimos 3 años?:					
65. Fecha del último periodo cotizado en el fondo de pensiones:								66. Total de semanas cotizadas en el fondo de pensiones:			

V. GRUPO POBLACIONAL (*)			
67. Señale el grupo al que pertenezca (indicar solo uno):			
Madre o <u>Padre</u> cabeza de hogar	<input type="radio"/>	Kumpany - Roms - Gitanos	<input type="radio"/>
Población Desplazada	<input type="radio"/>	Comunidades Negras	<input type="radio"/>
Población en pobreza extrema	<input type="radio"/>	Afrodescendientes	<input type="radio"/>
Víctima del conflicto armado	<input type="radio"/>	Raizales	<input type="radio"/>
Persona en situación de discapacidad	<input type="radio"/>	Palenqueros	<input type="radio"/>
Población indígena	<input type="radio"/>	<u>Comunidad LGBTIQ+</u>	<input type="radio"/>
		Menor de 28 años sin experiencia	<input type="radio"/>
		Mayor de 45 años con o sin experiencia	<input type="radio"/>
		Mayor de 60 años	<input type="radio"/>
		Nativos	<input type="radio"/>
		Ninguno	<input type="radio"/>
		Otro (indicar cual): _____	
Los datos suministrados conformarán la estadística sociodemográfica relacionada con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 2.2.4.6.12 del Decreto 1072 de 2015, y demás normas que la modifiquen o adicionen.			

VI. DATOS DE CONVIVENCIA				
68. ¿Convive con su pareja?:		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	69. Hace cuantos años o meses conviven:
Información de su pareja				
70. Apellidos		71. Nombres		
72. Fecha Nacimiento	73. Ciudad de Nacimiento	74. Departamento	75. Nacionalidad	76. Edad: (años cumplidos)
77. Tipo documento de identificación:		78. Número documento de identificación:		
79. Lugar de expedición:		80. Fecha de expedición:		
81. Correo Electrónico:		82. Número celular:		
83. ¿Su pareja depende económicamente de usted?		84. En caso de que su pareja no dependa económicamente de usted, explique cual es la actividad económica de su pareja:		85. ¿Cuáles son los ingresos mensuales de su pareja?
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
86. Dirección y municipio laboral de su pareja:				
Si su pareja realiza aportes al Sistema General de Seguridad Social seleccione y mencione las entidades a continuación:				
87. Tipo de entidad:	88. E.P.S. <input type="radio"/>	89. Fondo de Pensiones <input type="radio"/>	90. Riesgos Laborales <input type="radio"/>	91. Caja de Compensación <input type="radio"/>
92. Nombre de cada entidad:				
93. ¿En el núcleo familiar conviven hijos de la pareja que no son del Trabajador?:		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	94. ¿Cuántos?
Si existen personas adicionales que dependan económicamente de usted, por favor diligencie los siguientes datos:				
95. Nombres y Apellidos	96. Numero identificación	97. Vinculo	98. Número Celular	99. Fecha nacimiento

VII. DATOS FAMILIARES								
100. Parentesco	101. Nombres	102. Fecha de Nacimiento	103. Edad	104. Documento de Identidad	105. Escolaridad	106. Ocupación	107. Teléfono	108. Dirección
A. Madre								
B. Padre								
C. Cónyuge								
D. Hijo 1								
E. Hijo 2								
F. Hijo 3								
G. Hijo 4								
H. Hermano 1								
I. Hermano 2								
J. Hermano 3								

VIII. DATOS FINANCIEROS Y TRIBUTARIOS (*)														
109. Cuenta Bancaria vigente número				110. Código del banco		111. Nombre del banco		112. Tipo de cuenta						
								AHORROS <input type="radio"/>		CORRIENTE <input type="radio"/>				
Automotores				Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT										
Tipo		113. Marca y Modelo		114. Nombre de la Aseguradora			115. Fecha de Expedición		116. Fecha de Vencimiento					
117. Carro														
118. Moto														
119. Otro, indicar cual:														
120. ¿TIENE CERTIFICADOS PARA DEDUCCIÓN RETENCIÓN EN LA FUENTE?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>														
121. Medicina prepagada		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		122. Nombre de la entidad:										
123. Personas a cargo		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		124. Nombre del dependiente:										
125. Intereses crédito hipotecario		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		126. Nombre de la entidad:										
127. Realiza aportes a AFC?:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		128. Entidad AFC:		129. Valor aporte AFC:		130. Número cuenta AFC:						
IX. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN (*)														
EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA Marque con una "X" el último grado aprobado (los grados de 1o. A 6o. De bachillerato equivalen a los grados de 6o. A 11o. De educación básica secundaria y media).														
131. EDUCACIÓN BÁSICA										132. TÍTULO OBTENIDO:				
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		133. FECHA DE GRADO:				
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	134. ESTABLECIMIENTO			
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) Diligencie este punto en estricto orden cronológico. En modalidad académica escribir:														
TC (Técnica)			TL (Tecnológica)			TE (Tecnológica Especializada)			UN (Universitaria)			DI (Diplomado)		
ES (Especialización)			MG (Maestría o Magister)			DOC (Doctorado o PHD)			PU (Publicaciones)					
135. MODALIDAD ACADÉMICA	136. No. SEMESTRES APROBADOS	137. GRADUADO		138. NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO						139. TERMINACION		140. No. DE TARJETA PROFESIONAL	141. FECHA DE EXPEDICIÓN T.P. (cuando aplique)	
		SI	NO							MES	AÑO			
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Especifique los idiomas diferentes al español que habla, lee, escribe de forma regular (R), bien(B) o muy bien (MB):														
142. IDIOMA						143. LO HABLA		144. LO LEE		145. LO ESCRIBE				
						R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
X. CURSOS Y SEMINARIOS (*)														
146. Nombre				147. Institución				148. N° Horas Certificadas						
XI. REFERENCIAS														
PERSONALES Y/O FAMILIARES							LABORALES							
149. Nombre							155. Nombre							
150. Dirección							156. Dirección							
151. Teléfono							157. Teléfono							
152. Nombre							158. Nombre							
153. Dirección							159. Dirección							
154. Teléfono							160. Teléfono							

XII. EXPERIENCIA LABORAL (*)							
161. Nombre de la empresa	162. Cargo	163. Fecha de Inicio	164. Fecha Finalización	165. Tiempo de experiencia (en días calendario)	166. Soporte Físico S/N	167. Número de Teléfono de la empresa	168. Verificación de Certificación (Espacio para uso de Administración)

169. ¿Ha estado inhabilitado para ejercer cargos públicos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	170. ¿Cuál fue el motivo de la inhabilitación?
--	--------------------------	--------------------------	--

XIII. DECLARATORIA DE CONFLICTO DE INTERESES					
171. ¿Tiene familiares que reúnan cualquiera de las siguientes condiciones?	Si	No	176. Nombre del familiar	177. No. identificación del familiar	178. Nombre de la dependencia, entidad, proveedor o cliente (según el caso)
172. Familiar que trabaja con ISMOCOL S.A.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
173. Familiar que es proveedor de ISMOCOL S.A.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
174. Familiar que es funcionario de algún cliente de ISMOCOL S.A.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
175. Familiar que hace parte de las autoridades municipales o policiales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
179. ¿Presenta las situaciones indicadas a continuación?	Si	No	180. Nombre del trabajador	181. No. identificación del trabajador	182. Nombre de la dependencia
183. ¿Usted tiene alguna relación sentimental con algún trabajador de ISMOCOL S.A.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
184. ¿Algún trabajador de ISMOCOL S.A. le ha solicitado algún regalo, dinero, contribución, donación, comisión <u>u otro tipo de dádivas</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
185. ¿Usted tiene alguna relación comercial con ISMOCOL S.A.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	186. Mencione el servicio que presta para ISMOCOL S.A.:		
187. ¿Usted es miembro (directivo) de alguna Junta de Acción Comunal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	188. Mencione el municipio, vereda y/o barrio:		

XIV. AUTORIZACIONES	
Con la firma del presente documento, DECLARO que:	
1. Toda la información que he proporcionado en este documento, es real y veraz, en consecuencia autorizo a ISMOCOL S.A. para que verifique todos los datos contenidos aquí, así como a verificar en las bases de datos toda mi información.	
2. Conozco la "Política de Tratamiento de Datos Personales" de la empresa, y por lo tanto autorizo a ISMOCOL S.A. para que realice el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con su política interna.	
3. Me comprometo a guardar absoluta confidencialidad y reserva de toda la información que se me ha dado a conocer ISMOCOL S.A.	
4. Me comprometo a informar a ISMOCOL S.A. sobre cualquier situación relacionada sobre el conflicto de intereses que se llegue a presentar durante mi relacionamiento con la empresa.	
5. Todas las notificaciones concernientes con el relacionamiento con ISMOCOL S.A. ya sea contractual o extracontractual, pueden ser realizadas a través del correo electrónico o a la dirección de residencia, según lo informado en el presente documento.	
6. Ante la imposibilidad de realizar las notificaciones en los medios indicados en el ítem anterior, autorizo a ISMOCOL S.A. para que entregue la correspondencia a través de los miembros de la Junta de Acción Comunal del lugar de contratación o de agremiaciones similares.	
Firma: _____ <u>Nombres y Apellidos:</u> _____ <u>Número identificación:</u> _____ Lugar y Fecha de Diligenciamiento: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Huella</p>
Nota: La información suministrada en los campos relacionados con (*) deben estar debidamente soportados.	