

	SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	TALENTO HUMANO	
	ACTUALIZACIÓN DE DATOS	
	Código: SGSST-TH-FOR-04-01	Versión: 1.0

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN
19 de Diciembre de 2016	1.0	Codificación del formato Actualización de datos.

1. INFORMACION DEL TRABAJADOR								
Fecha de Diligenciamiento			Empresa Usuaría					
Nombre Completo								
Cédula			Lugar de expedición					
Fecha de nacimiento			Municipio y ciudad nacimiento					
Estado civil			Edad					
Cabeza de hogar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo					
Correo electrónico			Celular					
Dirección			Barrio					
2. EN CASO DE ACCIDENTE								
Avisar a			Celular					
Parentesco			Teléfono fijo					
3. VIVIENDA								
Hijos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuantos					
Otras personas a cargo			Número de personas en el hogar					
Número de personas en condición de discapacidad en el hogar:								
Ingresos familiares mensuales								
Tipo de vivienda	Casa <input type="checkbox"/>	Apto <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Cual?				
Características de la vivienda	Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	Cual?				
Tipo de transporte para trasladarse al trabajo:								
4. SERVICIOS PUBLICOS								
Estrato	Energía Eléctrica		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Alcantarillado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Gas natural red Pública	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Recolección de basuras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. HABITOS								
Ingiere bebidas alcohólicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Usted es fumador o exfumador	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Practica actividad por lo menos 3 veces a la semana por 30 minutos mínimo						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	



**SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO**

TALENTO HUMANO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Código: SGSST-TH-FOR-04-01

Versión: 1.0

6. OTROS

**En su hogar hay
computador**

SI

NO

**Tiene acceso a
internet**

SI

NO

7. INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

EPS en la que está afiliado

Administradora de fondo de pensiones y cesantías al cual está afiliado

Pensiones

cesantías

Beneficiarios

Nombres y Apellidos de los beneficiarios	Parentesco	1. EPS		2. CCF		3. RC		4. TI		5. CC		6. CE		7. CL		8. C.EPS		9. RC	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Entrega Todos los documentos?

SI

NO

NOTA: Dejo constancia que no entregué los documentos que aparecen en la relación anterior y que sin estos no es posible hacer la afiliación de los beneficiarios, por lo tanto exonero de responsabilidad a RYC TEMPORALES S.A.S, Hasta tanto no haga entrega de los mismos en sus instalaciones

1. Confirme si quiere que se afilie al beneficiario a la EPS
2. Confirme si quiere que se afilie al beneficiario a la caja de compensación familiar
3. Confirme la entrega copia del registro civil del beneficiario
4. Confirme la entrega copia de la Tarjeta de identidad
5. Confirme la entrega copia de la Cedula de Ciudadanía
6. Confirme la entrega del Certificado Escolar
7. Confirme la entrega de certificado Laboral
8. Confirme la entrega de certificado de afiliación a EPS
9. Confirme la entrega del Registro Civil del trabajador

8. FIRMAS

Trabajador:

Auxiliar de Talento Humano:

C.C.

C.C.