

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 28 M 07 A 2024	SERVICIOS GENERALES

I. INFORMACION GENERAL(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante CERQUERA PARRA		Nombre(s) del aspirante GINIA ALEJANDRA	
Fecha de nacimiento D 03 M 12 A 1993	Lugar de nacimiento BOGOTÁ		
Dirección domicilio / Barrio 77# 62 H SI SUR		Ciudad BOGOTÁ	
Teléfono 3209302459		No. Celular 3183679475	
Correo electrónico 3209302459@45@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil soltera	Años de experiencia laboral 7 AÑOS
DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024547275	(**) Libreta militar N°		Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Distrito N°		Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°	Categoría

**II. PERFIL LABORAL**

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? SERVIMPRESA	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato indefinido	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador orlando romero		Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 AÑO
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿Por qué conceptos?		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ El asignado		
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?		
TRABAJAR PARA DARLE UN EMPUJÓN ECONOMICO		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				

99926635



Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$	
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato						
Cargos						
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$	
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato						
Cargos						
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

☐
Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 1024547 275
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
Certificado de aptitud: 1024547275-680075

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	GINNA ALEJANDRA CERQUERA PARRA	Identificación:	1024547275
Género	FEMENINO Edad: 30	Teléfono	NA Móvil: 3183679475
Fecha Nacimiento:	3/12/1993	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	KT 77 62 H 51 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL QUE SE HAN IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO UTILIZAR LOS EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO AL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL EN EL DESARROLLO DE TODAS LAS ACTIVIDADES
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EVITANDO EL SEDENTARISMO Y PROMOVRIENDO UNA INGESTA BALANCEADA DE ALIMENTOS.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
GINA ALEJANDRA CERQUERA PARRA	C.C.	1,024,547,275	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 22 M 02 A 2024	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante DAMARCO HERNANDEZ		Nombre(s) del aspirante LUISA FERNANDA	
Fecha de nacimiento D 22 M 10 A 1998		Lugar de nacimiento BOGOTA	
Dirección domicilio / Barrio TV3 #84 A 795 - BELLA VISTA		Ciudad BOGOTA	
Teléfono 7664333		No. Celular 3229227877	
Correo electrónico fernandah24@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA		(*) Estado civil SOLTERA	Años de experiencia laboral 6 AÑOS
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1023031155		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTA		Distrito N°	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

BACHELIER ACADÉMICA CON CONOCIMIENTO BASICO EN MANEJO DE HERRAMIENTAS
OPTIMIZAS, EXPERIENCIA LABORAL COMO AUXILIAR EN VENTAS Y SERVICIOS GENERALES,
CUENTO CON CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO ORGANIZADA, RESPONSABLE Y
HABER EN EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES PARA EJECUTAR UNA BUENA LABOR Y SIEMPRE
SUPERANDO EN LO PERSONAL

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? SERVEMPRESA		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato OBRA Y LABOR	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha D M A		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre DEPENDENCIA		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador ALEXANDRA HERNANDEZ		Teléfono 3154717151	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ A CONVENIR	
¿Por qué conceptos? ALIMENTOS, ALIMENTACIÓN, TRANSPORTE ENTRE OTROS		¿Cuál es su principal afición? VIAJAR		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)? NACIONALIDAD					

99926635

7170212120171

Nombre de la empresa CENTRO ASEO		Actividad Económica		Dirección CARRERA 28B # 77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted DEPARTAMENTO DE ASEO Y CARPINTERIA		Área del cargo		Fecha Ingreso D 04 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$1.160.000	Sueldo Final \$1.160.000
Funciones realizadas ASEO A DEPARTAMENTOS, ZONAS COMUNES, DESINFECCIÓN DE BAÑOS, UTENSILIOS DE CARPINTERIA Y ATENCIÓN A FUERISTATARIOS DE LA ENTIDAD POR DE SERVIDOR A SERVIDOR							
Nombre de su jefe inmediato YESSEN PARANO				Cargo SUPERVISOR			
Logros obtenidos MAJOR EXPERIENCIA							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> POR OBRA O LABOR							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro POR EMPAQUE							

Nombre de la empresa ECOLANADO PPS		Actividad Económica		Dirección CALLE 2A # 71 A 18		Teléfono(s) 3112022966	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted AUX SERVICIOS GENERALES		Área del cargo		Fecha Ingreso D 10 M 01 A 22	Fecha Retiro D 30 M 08 A 22	Sueldo Inicial \$1.100.000	Sueldo Final \$1.100.000
Funciones realizadas ASEO A OFICINAS Y BODEGAS							
Nombre de su jefe inmediato IOREDA CASTAÑO				Cargo GERENTE			
Logros obtenidos CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> OBRA Y LABOR							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro VOLOUNTARIO							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre ERWINA GARCIA	Ocupación POICIA	Dirección -	Teléfono 301253251
2.	Nombre ANDREA MARTIN	Ocupación ABOGADA	Dirección -	Teléfono 3196439057
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre SADORA HERNANDEZ	Ocupación AMA DE CASA	Dirección -	Teléfono 3138681476
2.	Nombre ANGELICA HERNANDEZ	Ocupación INDOPEPENDIENTE	Dirección -	Teléfono 3154417151

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante GURSA C. C.C. 1023031155
---	---	--



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: LUISA FERNADA CAMARGO
HERNANDEZ
Fecha de nacimiento: 22/10/1998
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1023031155
Edad: 25 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 06:16:13
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:16:54



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

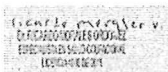
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

Luisa C.

LUISA FERNADA CAMARGO
HERNANDEZ
CC: 1023031155
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
LUISA FERNANDA CAMARGO HERNANDEZ	C.C.	1,023,031,155	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 27/08/24	Empleo o cargo al que aspira Cafeteria y ASCO
-------------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Camargo Alba		Nombre(s) del aspirante Blanca Estrella	
Fecha de nacimiento 07/06/1971		Lugar de nacimiento Toca Boyaca	
Dirección domicilio / Barrio Cra 3 Este N 49 C 37 sur		Ciudad Bogota	
Teléfono 311 824 2926		Nº. Celular 24 176 443	
Correo electrónico Blanca1971estrella@gineit.com		Nacionalidad Colombia	
Profesión, ocupación u oficio operaria servicios General		Años de experiencia laboral 30 Años	
DOCUMENTACIÓN		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 24176443	(**) Libreta militar No.		Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Toca Boyaca	Distrito No.		Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Licencia de conducción No. Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

profesional en servicios Generales con experiencia en manejo de Alimentos y en el campo de Atención al público Alministrativas y bancarias con actitudes practicas para trabajar en equipo organizar y planeear procesos con Alto sentido moral y Etico liderar grupos

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	Independiente <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Agi ASignado	
¿Cuál es su principal afición? trabajar y Estudiar	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	Reconocimientos bervalles y liderar Grupos	

18181910

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa Sentro Aseo		Actividad Económica		Dirección Cra 28 N 77-12		Teléfono(s) 32251471-42	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Cafetería y Aseo		Área del cargo		Fecha Ingreso 10 M 22 A 93	Fecha Retiro 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ ASIGNADO	Sueldo Final \$ ASIGNADO
Funciones realizadas Oficios Varios							
Nombre de su jefe inmediato tatiana berrugo				Cargo Jefe. Supervisora			
Logros obtenidos Lider Felisitaciones berruales							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>							
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro termino de contrato							

Nombre de la empresa Limpieza Institucional		Actividad Económica		Dirección Cra 74 N 51-42		Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria servicios G.		Área del cargo		Fecha Ingreso 6 M 05 A 20	Fecha Retiro 31 M 03 A 21	Sueldo Inicial \$ básico	Sueldo Final \$ básico
Funciones realizadas Oficios Varios							
Nombre de su jefe inmediato pedro Montenegro				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos felisitaciones berruales y lideracion de grupos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>							
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro termino de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Eman botia	Ocupación conductor	Dirección 3204360619
2.	Nombre Diego Guevara	Ocupación tecnico claro	Dirección 3203817738
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre patrica Guevara	Ocupación Contadora	Dirección 3-este 49637
2.	Nombre paola Camargo	Ocupación Contadora	Dirección 3144324869

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 24176443
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 24176443-680361

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: BLANCA ESTRELLA CAMARGO ALBA
Género: FEMENINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 7/06/1971
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 3 ESTE 49 C 96
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 24176443
Teléfono: NA **Móvil:** 3118243926
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

*CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
BLANCA ESTRELLA CAMARGO ALBA	C.C.	24,176,443	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Fecha D 27 M 02 A 2024	Empleo o cargo al que aspira Operaria
---------------------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Cruces Martinez		Nombre(s) del aspirante Diana Maria	
Fecha de nacimiento D 15 M 08 A 1985	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 310 800 9669	
Correo electrónico dianis.2356.Cruces@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria		(*) Estado civil Soltero	Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1024 477306	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy una persona con alto nivel de responsabilidad planteando y asumiendo nuevos proyectos en el area laboral, con habilidades de trabajo en equipo y buena disposición para la labor asignada.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serulimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Angela Rodriguez	Teléfono 319 429 0048
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 2 años	
¿Por qué conceptos? Alimentación, Vestuario, Arriendo, Servicios, Estudios etc.		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1 a 2 Salarios M.V.	
¿Cuál es su principal afición? Leer		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 10 2 S.M.V.	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <input checked="" type="checkbox"/>	

93938525



Nombre de la empresa Pupa Fruit S.A.S	Actividad Económica	Dirección Calle 18 sur No 28-42		Teléfono(s) 727 07 83	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Planta	Área del cargo	Fecha Ingreso 13 M 12 A 21	Fecha Retiro 20 M 01 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1.000.000
Funciones realizadas Empacar, Organizar, despulpar, y aseo de rutina					
Nombre de su jefe inmediato Wilson Rodriguez Chamorro			Cargo Director de recursos H.		
Logros obtenidos Buen conocimiento de los labores realizadas					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Personal					

Nombre de la empresa Prefabricados Aslan	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s) 300 6496 780	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de Servicios G	Área del cargo	Fecha Ingreso 12 M 02 A 18	Fecha Retiro 28 M 02 A 20	Sueldo Inicial \$ 900.000	Sueldo Final \$ 900.000
Funciones realizadas baner, trapear, limpiar, organizar					
Nombre de su jefe inmediato José Vicente Lopez			Cargo Gerente		
Logros obtenidos Buen conocimiento de los labores realizadas					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Pandemia					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Luz Angela Rodriguez	Ocupación Hogar	Dirección 319 429 00 98
2.	Nombre Thon Edwin Rodriguez	Ocupación Conductor	Dirección 311 854 646
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Daisy Julieth Rodriguez	Ocupación Operaria	Dirección 311 226 0737
2.	Nombre Marta Cifuentes	Ocupación	Dirección 314 213 6795

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Marta Cifuentes
C.C. **1024477306**

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1024477306-680369

SEDE SOLEDAD



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DIANA MARIA CIFUENTES MARTINEZ	Identificación:	1024477306
Género	FEMENINO Edad: 38	Teléfono	na Móvil: 3108009661
Fecha Nacimiento:	15/08/1985	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 10 H ESTE 24 C 12 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
PARA TRABAJO EN ALTURAS

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

KOH - FROTIS UÑAS REALIZADO

FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO
(COLORACIÓN DE GRAM) REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
DIANA MARIA CIFUENTES MARTINEZ	C.C.	1,024,477,306	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i.'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante CORTES DIOMAR		Nombre(s) del aspirante DIOMAR	
Fecha de nacimiento D M A		Lugar de nacimiento	
Dirección domicilio / Barrio carrera 2A este H7-53 soacha		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 3219519345	
Correo electrónico diomar.c285@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio servicios generales		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 15 años	

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 62305010	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

**me considero una persona responsable respetuosa
o creativa con facilidad de adaptación**

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha	
				D M A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Dependencia		Nombre	
				Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador pedro velandica	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono	
				¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años	
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 7400.0000	
				¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ 1800.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

59926635

7170212410078131>

Nombre de la empresa cash clean	Actividad Económica 877.803	Dirección Diag 74 Bis A 20 B - 74	Teléfono(s) 7432060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted servicios generales	Área del cargo limp salud	Fecha Ingreso 20 M 10 2018	Fecha Retiro 19 M 04 2020	Sueldo Inicial \$ 877.803
Sueldo Final \$ 9'300000				
Funciones realizadas cafetería limpieza de puestos de funcionarios, boiler trapido lavado de baños				
Nombre de su jefe inmediato Susana Veronica Castillo		Cargo Directora recurso humano		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro termino de contrato				

Nombre de la empresa scimespeciales	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafetería servicios g	Área del cargo	Fecha Ingreso 20 M 04 A 20	Fecha Retiro 13 M 05 A 23	Sueldo Inicial \$ 900.000
Sueldo Final \$ 1'200.000				
Funciones realizadas brigadas de baños de pisos limpieza de puestos boiler trapido				
Nombre de su jefe inmediato Hania Rodriguez		Cargo supervisora		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro termino de contrato				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre David Blanes	Ocupación mantenimiento	Dirección cra 48c #70-12 sur	Teléfono 3013188848
2.	Nombre Damon Jose	Ocupación mantenimiento	Dirección	Teléfono 3007681355
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Jose alfredo cortes	Ocupación conductor	Dirección	Teléfono 3015949308
2.	Nombre ofelia cortes	Ocupación cara de cara	Dirección	Teléfono 3213646848

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 32505016
---	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: DIOMAR CORTES MURCIA
Fecha de nacimiento: 01/01/1974
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52505101
Edad: 50 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:30:03
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:30:03



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
OTRAS::

DIETA BALANCEADA
ANUAL
USO DE LENTES CORRECTIVOS

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Karla Canelon
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON
ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

Diomar Cortes Murcia

DIOMAR CORTES MURCIA
CC: 52505101
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
DIOMAR CORTES MURCIA	C.C.	52,505,010	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m.' or similar, written in a cursive style.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 26 M 02 A 24	Empleo o cargo al que aspira Operario Mantenimiento
-------------------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Cuervo Convers		Nombre(s) del aspirante Angel Eduardo		
Fecha de nacimiento D 11 M 03 A 76		Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio cl 142a # 139-24		Ciudad Bogotá		
Teléfono		N°. Celular 300 879 4453		
Correo electrónico angeleduardo1231@gmail.com		Nacionalidad Colombiano		
Profesión, ocupación u oficio Mantenimiento		(*) Estado civil		Años de experiencia laboral 20 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 79861598	(**) Libreta militar No. 79861598	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito No. 46	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

Diseño e interpretación de planos, implementación de campamentos obra blanca y pintura

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que empresa? servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000 =	
¿Por qué conceptos? servicios, mercado, educación	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$		
¿Cuál es su principal afición? Caminar	¿Práctica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica Aseo		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento		Área del cargo		Fecha Ingreso D 18 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 3 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.500.000	Sueldo Final \$ 1.500.000
Funciones realizadas Aseo y mantenimiento locativo							
Nombre de su jefe inmediato Yorani Pulido				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Terminación Contrato							

Nombre de la empresa Serdan		Actividad Económica Obra civil		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento		Área del cargo		Fecha Ingreso D 15 M 2 A 22	Fecha Retiro D 30 M 9 A 22	Sueldo Inicial \$ 1.500.000	Sueldo Final \$ 1.500.000
Funciones realizadas Obra civil menor							
Nombre de su jefe inmediato Camila Duarte				Cargo Ingeniera			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input checked="" type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Karen Hernandez	Ocupación Call center	Dirección c/142a #139-24	Teléfono 313 387 14 66
2.	Nombre Javier Olivos	Ocupación Transporte	Dirección c/180 #79-36	Teléfono 317 5103213
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Yuly Carru	Ocupación Enfermera	Dirección	Teléfono 3014636249
2.	Nombre Fernanda Rodriguez	Ocupación Hogar	Dirección c/149a #139-24	Teléfono 3132280605

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 99861598
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79861598-680064

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: ANGEL EDUARDO CUERVO CONVERS
Género: MASCULINO **Edad:** 48
Fecha Nacimiento: 11/03/1976
Estado Civil: SEPARADO
Dirección: CL 142 A 139 24
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79861598
Teléfono: na **Móvil:** 3008794453
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Dra. Natalia Beltran
Médica Cirujana especialista SST.
R.M. 53061548

Médico Especialista en Salud Laboral
NATALIA ANDREA BELTRAN SUESCUN
RM: 25 1627/2011 Lic: 17024 28



Firma y cédula del Paciente
ANGEL EDUARDO CUERVO CONVERS
79861598



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANGEL EDUARDO CUERVO CONVERS	C.C.	79,861,598	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 22 M 02 A 2024	Empleo o cargo al que aspira
---------------------------	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Cuadros Valderrama		Nombre(s) del aspirante Franceid	
Fecha de Nacimiento D M A		Lugar de Nacimiento Carcasi Santander	
Dirección domicilio / Barrio Rr. 13. 77-b. 10 sur.		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 301.689.6216	
Correo electrónico Francicua85@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 7 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 28057943	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
Categoría		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

la capacidad de adaptación trabajar en equipo.
controlar el estrés. Ser capaz de negociar. Comunicar.
correctamente. Innovar y crear tener iniciativa

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servi Limpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuánto es su aspiración salarial? lo acordado
¿Por qué conceptos?		
¿Cuál es su principal afición?		
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

913339525

Nombre de la empresa Easy Clean	Actividad Económica	Dirección D. 74. Bis# 20B-74	Teléfono(s) 6014432060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria. aseo cafetería	Área del cargo Operaria	Fecha Ingreso 10/04/20	Fecha Retiro 14/04/21	Sueldo Inicial \$
Sueldo Final \$9.000.000				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato David Vega		Cargo Supervisor		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Empalme				

Nombre de la empresa Lassu	Actividad Económica	Dirección Cr 79 No. 51A-42	Teléfono(s) 317448863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria. aseo cafetería	Área del cargo Operaria	Fecha Ingreso 20/04/21	Fecha Retiro 30/04/22	Sueldo Inicial \$
Sueldo Final \$7.100.000				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro		Cargo Supervisor		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Empalme				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Elida Herrera	Ocupación Independiente	Dirección Bogotá	Teléfono 313373919
2.	Nombre Himeda Velasco	Ocupación Independiente	Dirección Bogotá	Teléfono 3143676336
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Daryana Jaimés	Ocupación Empleada	Dirección Bogotá	Teléfono 3108509959
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante c.c. Francisco Cuadros
---	---	---



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: FRANCEID CUADROS VALDERRAMA CC: 28057943

Fecha de nacimiento: 22/08/1984

Edad: 39 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 01:33:36

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-12 / 03:16:21

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

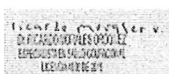
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



RICARDO MORALES ORDONEZ

RM: 79059704

Firma y sello del médico

Franceid Cuadros U

FRANCEID CUADROS

VALDERRAMA

CC: 28057943

Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
FRANCEID CUADROS VALDERRAMA	C.C.	28,057,943	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 14 03 2014	Empleo o cargo al que aspira operaria de ASEO
---------------------	--

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante catuche piamba		Nombre(s) del aspirante LUZ Marina	
Fecha de Nacimiento 30 04 1973		Lugar de Nacimiento San Jose ISNOS Huila	
Dirección domicilio / Barrio Fr 100 H 50 B 4 S sur Bosa-p		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 320 245 0651	
Correo electrónico Luzmarinacatuchepiamba@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil union libre	Años de experiencia laboral 24 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> N° 52164356	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
Categoría		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

seguir cumpliendo con mis compromisos laborales y cumplir con mis sueños y metas propuestas

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? servilimpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra o labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? Lo asignado		
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

56456020



Nombre de la empresa easy clean	Actividad Económica	Dirección Dg. 74 B'S H 20B 7U	Teléfono(s) 7432060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 02 A 20	Fecha Retiro D 06 M 10 A 20	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas ASEO y cafetería				
Nombre de su jefe inmediato pedro montenegro		Cargo supervisor		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? obra o labor Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro				


Nombre de la empresa LASU-S-A-S	Actividad Económica	Dirección Kr 74 H 51A 42	Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted ASEO y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 30 M 09 A 21	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato pedro F montenegro		Cargo supervisor		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Leydi K García	Ocupación operaria	Dirección	Teléfono 3142318405
2.	Nombre Erika Gutierrez	Ocupación operaria	Dirección	Teléfono 3043531048
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Marilyn J. Rivera	Ocupación Administrador	Dirección	Teléfono 3213100862
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 52164356 BTA
---	---	---

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LUZ MARINA CATUCHE PIAMBA
Fecha de nacimiento: 30/04/1973
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52164356
Edad: 50 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:23:06
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:37:11



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
M.M. 1016055879

LAURA ESTEFANIA DOTOR
RODRIGUEZ
RM: 1016055879
Firma y sello del médico

LUZ MARINA CATUCHE PIAMBA
CC: 52164356
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
LUZ MARINA CATUCHE PIAMBA	C.C.	52,164,356	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 14 M 03 A 1978	Empleo o cargo al que aspira <i>operario de Mantenimiento</i>
---------------------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante <i>Canaria Machuca</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Miguel Antonio</i>		
Fecha de nacimiento D 16 M 03 A 1978		Lugar de nacimiento <i>Tuta Boyaca</i>		
Dirección domicilio / Barrio <i>Carrera 19 DBIS #70 H10 sur</i>		Ciudad <i>BOGOTÁ</i>		
Teléfono		N°. Celular <i>3011584527</i>		
Correo electrónico <i>Canariamiguel355@gmail.com</i>		Nacionalidad <i>Colombia</i>		
Profesión, ocupación u oficio <i>operario de Mantenimiento</i>		(*) Estado civil <i>Casado</i>		Años de experiencia laboral <i>25</i>

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <i>79557871</i>	(**) Libreta militar No. <i>0782603</i>	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito No. <i>1</i>	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No.
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Me caracterizo por ser amable, responsable, y cordial. Siempre pongo de mi lo mejor para realizar cualquier labor asignada. Soy Compañerista, Quiero seguir estudiando para lograr un mejor futuro, mis metas a corto plazo es arreglar mi casa...

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <i>Servilimpieza</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <i>obra o labor</i>
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono <i>3011584527</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>15 años</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Alimentación servicios públicos etc.</i>	¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <i>\$ 1200.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>Caminar</i>	¿Cuál(es)?	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>\$ 1658.000</i>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19706000

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa <i>Casa Limpia</i>		Actividad Económica		Dirección <i>Av. el dorado no. 80</i>		Teléfono(s) <i>6014578383</i>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>operario de Mantenimiento</i>		Área del cargo		Fecha Ingreso <i>01/08/2013</i>	Fecha Retiro <i>08/08/2013</i>	Sueldo Inicial <i>\$1200.000</i>	Sueldo Final <i>\$1200.000</i>
Funciones realizadas <i>Arreglos eléctricos hidráulicos pintura. Monitoreo de plantas eléctricas, condensadoras monitoreo de ups. etc.</i>							
Nombre de su jefe inmediato <i>Liza Rodríguez</i>				Cargo <i>Supervisora</i>			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro <i>por Terminación del contrato con el cliente</i>							

Nombre de la empresa <i>Sociedad Latina</i>		Actividad Económica		Dirección <i>CLL 94 B #60 15</i>		Teléfono(s) <i>3214885236</i>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>operario de Mantenimiento</i>		Área del cargo		Fecha Ingreso <i>06/04/2018</i>	Fecha Retiro <i>25/11/2019</i>	Sueldo Inicial <i>\$900.000</i>	Sueldo Final <i>\$950.000</i>
Funciones realizadas <i>pintura arreglos eléctricos, fontanería inventarios Tráctos. etc.</i>							
Nombre de su jefe inmediato <i>Dayana Mariela Cruz</i>				Cargo <i>Coordinadora Gestión Humana</i>			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro <i>por Terminación del contrato con el cliente</i>							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre <i>Omar Herrera</i>	Ocupación <i>independiente</i>	Dirección	Teléfono <i>3227360695</i>
2.	Nombre <i>Esperanza Casagrande</i>	Ocupación <i>empleada</i>	Dirección <i>B San Francisco</i>	Teléfono <i>3114517792</i>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <i>Alireza Gutierrez</i>	Ocupación <i>Ao bar</i>	Dirección <i>Ca 19 D Bis 70 H10</i>	Teléfono <i>3045620973</i>
2.	Nombre <i>Julio Canaviz</i>	Ocupación <i>independiente</i>	Dirección <i>Caquera cond.</i>	Teléfono <i>3106965740</i>

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <i>79557871</i>
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79557871-680091

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MIGUEL ANTONIO CANARIA MACHUCA	Identificación:	79557871
Género:	MASCULINO Edad: 52	Teléfono:	na Móvil: 3011584526
Fecha Nacimiento:	16/03/1972	Cargo:	OPERARIO DE MANTENIMIENTO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	KR 19 D BIS 70 8 SU	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
---	--

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Dra Jennifer Cavanzo Poveda
MD, EPS Salud ocupacional
LIC. 69 7700/2014
U. Sabana - UMB

Médico Especialista en Salud Laboral
JENNIFER CAVANZO POVEDA
- Lic 7700/2014



Firma y cédula del Paciente
MIGUEL ANTONIO CANARIA MACHUCA
79557871



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 -- 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
MIGUEL ANTONIO CANARIA MACHUCA	C.C.	79,557,871	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c m".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D <u>04</u> M <u>01</u> A <u>1985</u>	Empleo o cargo al que aspira <u>30291 E Y 5604</u>
--	---

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante <u>Cardenas Falon</u>		Nombre(s) del aspirante <u>Nelsy Xiomara</u>	
Fecha de Nacimiento D <u>04</u> M <u>01</u> A <u>1985</u>	Lugar de Nacimiento <u>San Marcos (Cauca)</u>		
Dirección domicilio / Barrio <u>Calle 130d # 94-41</u>		Ciudad <u>Bogotá</u>	
Teléfono		No. Celular <u>3143364957</u>	
Correo electrónico <u>rp6364016@gmail.com</u>		Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
Profesión, ocupación u oficio <u>Oficios Varios</u>		(*) Estado civil <u>Soltera</u>	Años de experiencia laboral <u>3 años</u>

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <u>34951119</u>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy una persona responsable, que cumple con el horario establecido, muy respetuosa.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <u>Centro Aseo</u>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D <u>04</u> M <u>01</u> A <u>1985</u>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre <u>Dependencia</u>		Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre <u>Dependencia</u>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <u>TERESA</u>	Teléfono <u>3132575308</u>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <u>2 años</u>	
¿Por qué conceptos? <u>Por Alimento, y por mis hijos</u>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

456020572

456020572

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica		Dirección crr 28 B #77-12		Teléfono(s) 3222030188	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios Generales		Área del cargo		Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 28/03/23	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Aseo y cafetería							
Nombre de su jefe inmediato Sandrina				Cargo su Pervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	
Fijo <input type="checkbox"/>						Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Termino contrato							

Nombre de la empresa LASSU		Actividad Económica		Dirección crr 22 a #48-50		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales		Área del cargo		Fecha Ingreso 20/04/21	Fecha Retiro 30/09/22	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas Aseo y cafetería							
Nombre de su jefe inmediato claudia				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	
Fijo <input type="checkbox"/>						Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Termino contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Ricardo Perez	Ocupación Oficios varios	Dirección crr 28 B #77-12
2.	Nombre Luis Carlos Florez	Ocupación Oficios varios	Dirección crr 22 a #48-50
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Ana Teresa	Ocupación Ama de casa	Dirección crr 28 B #77-12
2.	Nombre Maria del Carmen	Ocupación Ama de casa	Dirección crr 28 B #77-12

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

☐

Marque
con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Nancy Xiomara</p> <p>c.c. 34951119</p>
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 34951119-680372
SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: NELSY XIOMARA CARDENAS FALON
Género: FEMENINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 4/01/1985
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 130 D 94 41
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 34951119
Teléfono: NA **Móvil:** 3143364956
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: COLFONDOS

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA.
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NO		

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
NELSY XIOMARA CARDENAS FALON	C.C.	34,951,119	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c i".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 27 de 2 2024 OP- de Limpieza y Desinfección
Empleo o cargo al que aspira

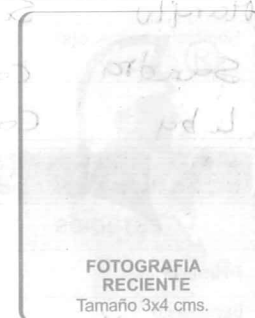
I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Cardenas Sierra		Nombre(s) del aspirante Angela Viviana	
Fecha de nacimiento 18/07/1983	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio Crare 74 + 73 OS Sur		Ciudad Bogota	
Teléfono 3213794807		No. Celular	
Correo electrónico VivianaCardenasSierra@hotmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 15 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52759800	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral:

Experiencia formación como manipulador de alimentos manejo de producto no conforme y potencialmente no inocuo limpieza y recepción e inspección de materias primas e insumos y servicio al cliente

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serv Limpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre HPSS 8 15 23 8 80	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Jairo Rubio	Teléfono 314 4228410
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual Millon cien	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 10 años
¿Por qué conceptos? vestuario U. vivienda alimentación	¿Cual es su principal afición? ES OCHAR MUSICA	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ Mínimo
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección ca 28 + 77 - 12	Teléfono(s) 6064333	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OP de aseo y cafetero	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/2022	Fecha Retiro 23/3/2023	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Funciones realizadas Operaria de aseo y cafetería				
Nombre de su jefe inmediato Cristian Arevale		Cargo		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro Terminación de contrato				

Nombre de la empresa Zaïcarga	Actividad Económica	Dirección cra 97 + 17a 78	Teléfono(s) 601 956656	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Archivo y Servicio al cliente	Área del cargo	Fecha Ingreso 23/8/2021	Fecha Retiro 11/2022	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Jairo Yepes		Cargo jefe inmediato		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Francisco Mejia	Ocupación	Dirección	Teléfono 3118510219
2.	Nombre Melvi Lopez	Ocupación	Dirección	Teléfono 3123690084
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Marylu Sierra	Ocupación Hogar	Dirección	Teléfono 3125876153
2.	Nombre Sandra Cardenas	Ocupación Independiente	Dirección	Teléfono 3102149219

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Angela Cardenas C.C. 52759800
---	---	--

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

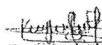
Nombres y apellidos: ANGELA VIVIANA CARDENAS
SIERRA
Fecha de nacimiento: 18/07/1983
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52759800
Edad: 40 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:16:21
Fecha salida: 2024-03-13 / 01:16:21



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE


Dra. Katherin Cortes Acosta
Especialista en Medicina del Trabajo
R.M. 1053335217 - Especialista SG-SST
Licencia 1346 - Vigencia 2023

KATHERIN JULIANA CORTES
ACOSTA
RM: 1053335217
Firma y sello del médico

Angela Cardenas

ANGELA VIVIANA CARDENAS
SIERRA
CC: 52759800
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANGELA VIVIANA CARDENAS SIERRA	C.C.	52,759,800	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 09:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO


Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A 2024	Auxiliar de Asao y Cafeteria

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Chaparro Mora		Nombre(s) del aspirante Gloria Esperanza	
Fecha de nacimiento D M A 26 Agosto 1977	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad Bogotá		
Teléfono	No. Celular 313 2452944		
Correo electrónico g.espera2385@hotmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil casada	Años de experiencia laboral 10 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52.112.939	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
Categoría		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Mi formación académica alconzo el bachillerato, que me permite integrarme al mundo laboral en esta oficio que me ayuda a desarrollar varias capacidades como son el aprendizaje, adaptación, iniciativa, tolerancia, la laboriosidad, y poder enfrentar los desafíos con confianza.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
	Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Maria Beltrón
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono
			¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Por qué conceptos?	pago arriendo, servicios otros.		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926135



Nombre de la empresa Eminger S.A.S	Actividad Económica	Dirección cra 21a # 159-35	Teléfono(s) 6 91 9208	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de aseo y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 22 M 1 2018	Fecha Retiro 28 M 3 2019	Sueldo Inicial \$ mínimo
Suelto Final \$ mínimo				
Funciones realizadas aseo de oficinas, aseo baños, reparto de cafetería, lavado de pisos, brigadas.				
Nombre de su jefe inmediato Sandra Pileña Suarez.		Cargo jefa inmediato		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? termino inferior a un año.				
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro terminación del contrato.				

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección cra 28b n 77-12	Teléfono(s) 484 91 20	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario aseo y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 3 M 10 22	Fecha Retiro 23 M 3 23	Sueldo Inicial \$ mínimo
Suelto Final \$ mínimo				
Funciones realizadas aseo de baños, limpieza pisos, Desinfección de oficinas, Manejo de Gieca, reparto.				
Nombre de su jefe inmediato Sandrine L. - Adriana Lozano.		Cargo Supervisora		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra y labor				
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro terminación del contrato.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Gustavo Adolfo Duque	Ocupación ing. sistemas	Dirección cl 43CS # 820356	Teléfono 3133136883
2.	Nombre jose Antonio Barriagón	Ocupación Contador de otes graficas	Dirección avda barajas, Calles	Teléfono 3142964094
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Yobanny Becerra	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3118743574
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano \$ 1057 (Legis)	Firma del solicitante Gloria Espumero Chaparro C.C. 32112439 Bogotá.
---	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: GLORIA ESPERANZA CHAPARRO MORA

Fecha de nacimiento: 26/08/1971

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52112939

Edad: 52 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:47:55

Fecha salida: 2024-03-13 / 07:55:17



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
E.A.S. 1016055879

LAURA ESTEFANIA DOTOR
RODRIGUEZ
RM: 1016055879
Firma y sello del médico

GLORIA ESPERANZA CHAPARRO
MORA
CC: 52112939
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
GLORIA ESPERANZA CHAPARRO MORA	C.C.	52,112,939	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c i".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	Empleo o cargo al que aspira MANTENIMIENTO JARDINERO
---	--

I. INFORMACION GENERAL

 (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante CHIPATECA CORRIJES		Nombre(s) del aspirante CESAR ARTEAGA	
Fecha de Nacimiento D 01 M 07 A 69		Lugar de Nacimiento BOGOTÁ D.C.	
Dirección domicilio / Barrio CALLE SOC N° 12362 SUR EL CONSUELO		Ciudad BOGOTÁ D.C.	
Teléfono 3158403943		No. Celular 3158403943	
Correo electrónico nauchipaca@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANO	
Profesión, ocupación u oficio JARDINERO/A - MANTENIMIENTO		(*) Estado civil SEPARADO	Años de experiencia laboral 8 AÑOS

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 79510190	(**) Libreta militar N° 79510190	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Distrito N° 49	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy bachiller, hice un curso de electricidad básica en el SENA.
 Soy JARDINERO-MANTENIMIENTO, llevo 8 años en esta labor. Me con-
 sidero una persona que hace las cosas bien para que el cliente
 se sienta satisfecho. Cada día hay que mejorar gracias a Dios.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? SERVIMUPICBA	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato OBRERA LABOR
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/>	Dependencia <input type="text"/>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input checked="" type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual <input type="text"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 7.550.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? <input type="text"/>
¿Por qué conceptos? ALQUILAR, SERVICIOS PÚBLICOS, PLAN CELULAR, TRANSPORTES, RECREACIÓN Y GASTOS PERSONALES	¿Cuál es su principal afición? DEPORTE	¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? CICLISMO
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <input type="text"/>			

492023475

1518200172120217

Nombre de la empresa	LASO S.A.S	Actividad Económica	S.A.S	Dirección	CRA 74 N. 510 A 2	Teléfono(s)	317 40 4886 3
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	JARDINERO	Área del cargo		Fecha Ingreso	D 20 / 04 / A 21	Fecha Retiro	D 30 / 09 / A 22
				Sueldo Inicial	\$ 1.000.000	Sueldo Final	\$ 1.000.000
Funciones realizadas							
D GONZALEZ, ANNECLA ARBOLES - COLTANAN CON EL DESIENHO Y							
SEGUIMIENTO DE PLANTAS EN LA HUERTA							
Nombre de su jefe inmediato	DON. S. MARIANO RODRIGUEZ			Cargo	DIRECTOR RECURSOS HUMANOS		
Logros obtenidos							
RECONOCIMIENTO DEL AREA Y LA HUERTA							
Tipo de contrato							
Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		LACION	
Horario de trabajo							
Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada:	
				Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							
SE TERMINA EL CONTRATO OBRERA LACION.							

Nombre de la empresa	EASY CLEAN	Actividad Económica	S.A.S	Dirección	CRA 74 N. 20 b 74	Teléfono(s)	601-743 2060
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	JARDINERO	Área del cargo		Fecha Ingreso	D 10 / 02 / A 20	Fecha Retiro	D 19 / 04 / A 21
				Sueldo Inicial	\$ 1.100.000	Sueldo Final	\$ 1.100.000
Funciones realizadas							
GONZALEZ, PABLO PINO, ANNECLA Y TRANSPLANTAR ARBOLES.							
RECONOCIMIENTO DEL AREA Y A QUE ESTABAN EN OBRERA.							
Nombre de su jefe inmediato	SUSANA CASTILLO			Cargo	DIRECTORA RECURSOS HUMANOS		
Logros obtenidos							
EL PUNTO DEL TRABAJO BUENO BONITO, MAS MESES DE							
GUARDIA Y PUDIMOS LOS PINOS SE OPTUBO LOS RESULTADOS							
Tipo de contrato							
Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		OBRERA LACION	
Horario de trabajo							
Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada:	
				Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							
SE ACABA EL CONTRATO							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	WILLIAM RODRIGUEZ E		
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	ROBERTO CHAVEZ REINA	CONTABILISTA	
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	ORLANDO CHAVEZ REINA	ELECTRICISTA	

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p></p> <p>c.c. 79150190</p>
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79510190-680105

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CESAR ARTURO CHIPATECUA CUBILLOS	Identificación:	79510190
Género:	MASCULINO Edad: 54	Teléfono:	na Móvil: 3158403943
Fecha Nacimiento:	1/07/1969	Cargo:	JARDINERO
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CL 50 C 12 B 32 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE. PAUTAS DE CONSERVACIÓN AUDITIVA, USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA Estricto con adecuada técnica de colocación ante ruido superior a 85 DB.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

AUDITIVO	PPyP
----------	------

Información de Remisiones

CONSENTIMIENTO
En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Andrea P Galvez Cuitiva
Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Medico Especialista Salud Ocupacional
Licencia: 12798
C.C. 1026260179



Cesar Arturo Chipatecua Cubillos



Médico Especialista en Salud Laboral
ANDREA DEL PILAR GALVEZ CUITIVA
-1026260179 Res 12798-02/11/20

Firma y cédula del Paciente
CESAR ARTURO CHIPATECUA CUBILLOS
79510190



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
CESAR ARTURO CHIPATECUA CUBILLOS	C.C.	79,510,190	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

Fecha D 14 M 03 A 24	Empleo o cargo al que aspira Operaria Aseo
-------------------------	---

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Castellanos Sarmiento		Nombre(s) del aspirante Angie Iizeth	
Fecha de Nacimiento D 21 M 07 A 1991	Lugar de Nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Calle 69 bbis sur # 18-27			
Ciudad Bogotá			
Teléfono 3222024163			
No. Celular 3222024163			
Correo electrónico ang-iizeth@hotmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria Servicios Generales		(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 10 años
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1033736024		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Distrito N°	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Licencia de conducción N°		Categoría	

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Me considero una persona responsable, atenta, colaboradora y mi propósito es ejecutar mis conocimientos para realizar a cabalidad las ordenes dadas y tareas asignadas

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre Dependencia	
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Cercada Ruiz	Teléfono 6404694
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 15 años	
Describa e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo, Servicios, Alimentación, Recreación, y demás		¿Cuánto es su aspiración salarial? El asignado	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

492023475

717021241007813

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Carretera 28 B # 79-12	Teléfono(s) 484 9120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Sueldo Final \$ Mínimo				
Funciones realizadas Operaria Aseo y Cafeteria				
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Marrugo			Cargo Supervisora	
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de Contrato				

Nombre de la empresa IASU	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 51-43	Teléfono(s) 749 8299	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso D 19 M 02 A 21	Fecha Retiro D 01 M 10 A 22	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Sueldo Final \$ Mínimo				
Funciones realizadas Operaria Aseo y Cafeteria				
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro			Cargo Supervisor	
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de Contrato				


VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Jose Ignacio Castillo	Ocupación Operador Medios	Dirección Cra 18 # 98-25	Teléfono 3235178891
2.	Nombre Daisy Katherine Susper	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Blanca Nubia Sarmiento	Ocupación Empleada	Dirección Calle 69 Dbi 15-27	Teléfono 3133669790
2.	Nombre Wendy Johanna Castellano	Ocupación Empleada	Dirección Calle 69 Dbi 15-27	Teléfono 3049111543

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque
con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  c.c. 103373604
---	---	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:** CENDIATRA OCCIDENTE 1**DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 6014470068**EMAIL:** citas.occidente1@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2024-03-13

Nombres y apellidos: ANGIE LIZETH CASTELLANOS
SARMIENTO
Fecha de nacimiento: 21/07/1991
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1033736024
Edad: 32 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 08:06:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 08:59:15

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR;

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1082 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Angie Castellanos

ANGIE LIZETH CASTELLANOS
SARMIENTO
CC: 1033736024
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T.I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANGIE LIZETH CASTELLANOS SARMIENTO	C.C.	1,033,736,024	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

 (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante De la Cruz Rivera		Nombre(s) del aspirante Solmary	
Fecha de nacimiento 10 02 1985		Lugar de nacimiento Ariguaná Magdalena	
Dirección domicilio / Barrio Cra 37 # 33-45 Ciudad Verde		Ciudad Soacha	
Teléfono		Nº. Celular 312 296 77 21	
Correo electrónico Solmary0216@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar de servicio generales Union libre		(*) Estado civil DOCUMENTACIÓN	
		Años de experiencia laboral 5 años	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1082 243 640		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Anguani M		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No. _____		Distrito No. _____	
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Licencia de conducción No. _____	
		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
		Categoría _____	



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Persona productiva, dinámica con liderazgo y trabajo en grupo con aptitudes. Frente a cualquier trabajo.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servilimpieza		obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dependencia		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Nombre del arrendador		Teléfono	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		\$ 900.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
Trabajar y leer		Caminar y trotar		\$ El Mínimo	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

19067152

7 70212 007813

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica		Dirección Cra 28b # 77 - 12		Teléfono(s) 86068433	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza		Área del cargo		Fecha Ingreso 23 05 2022	Fecha Retiro 23 03 2023	Sueldo Inicial \$ 1.600.000	Sueldo Final \$ 1.207.000
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de áreas a desempeñar							
Nombre de su jefe inmediato Astrid carolina sánchez				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Termino de contrato							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Jhon Henry Montaña	Ocupación Empleado	Dirección Madrid	Teléfono 312 537 3445
2.	Nombre Lucely ortega	Ocupación Aux Administrativo	Dirección Candelaria	Teléfono 311 541 33 16
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Arquides Aguas	Ocupación Oficial de obra	Dirección Ciudad Verde	Teléfono 310 602 03 38
2.	Nombre Nilson Rivera	Ocupación Independiente	Dirección Ciudad Verde	Teléfono 313 293 4448

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Solmary de la Cruz
C.C. 1082243640

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1082243640-680087

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SOLMARY DE LA CRUZ RIVERA	Identificación:	1082243640
Género:	FEMENINO Edad: 39	Teléfono:	NA Móvil: 3122967721
Fecha Nacimiento:	10/02/1985	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	KR 37 33 45	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1.-----SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
SOLMARY DE LA CRUZ RIVERA	C.C.	1,082,243,640	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c i".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA


PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 28 M 02 A 2024	Empleo o cargo al que aspira
---------------------------	------------------------------

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante DÍAZ RIVERA		Nombre(s) del aspirante LORENA PATRICIA		
Fecha de nacimiento D 17 M 05 A 1976		Lugar de nacimiento SINCELESO SUCRE		
Dirección domicilio / Barrio KR: 56 # 162 A - 34 CONTINENTAL		Ciudad BOGOTÁ		
Teléfono		N°. Celular 3205662589		
Correo electrónico lorenapatricia197617@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANA		
Profesión, ocupación u oficio OFICIOS VARIOS		(*) Estado civil SOLTERA		Años de experiencia laboral 10 AÑOS

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 64577288	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
Categoría		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

soy Bachiller con curso de Vigilancia me considero una persona Responsable y muy cumplida con mi trabajo soy respetuosa con mis compañeros y jefes y cumplo con mis labores asignados

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador Manuel Gomez	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono 3103992412	
¿Por qué conceptos? Alimentación y Bienes de Transporte		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$61 acordado	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 AÑOS	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$750.000	

12008717

7 702124 007813 >

The first part of the paper is devoted to a review of the literature on the topic. The second part presents the results of the empirical analysis. The third part discusses the implications of the findings. The fourth part concludes the paper.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: LORENA PATRICIA DIAZ RIVERA
Fecha de nacimiento: 17/05/1976
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 64577288
Edad: 47 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:31:57
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:56:13



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Ricardo Morales Ordóñez
Médico Ocupacional
Especialista en Medicina Ocupacional
Licenciado

RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

Lorena Diaz

LORENA PATRICIA DIAZ RIVERA
CC: 64577288
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviasearnos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
LORENA PATRICIA DIAZ RIVERA	C.C.	64,577,288	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'fca1'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	operario de Mantenimiento

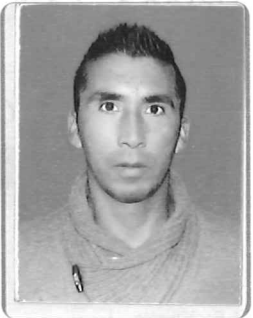
I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Diaz Botrigo		Nombre(s) del aspirante Jose Fernando	
Fecha de Nacimiento D 6 M 10 A 1968		Lugar de Nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio Calle 41 sur # 12 J 24 san Jorge		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3228612537 / 3132783197	
Correo electrónico Fernando.45.diaz12@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar mantenimiento		(*) Estado civil Union libre	
		Años de experiencia laboral 18 años	

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 79.464.373	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Me Considero una persona Responsable, Puntual, Honesto. Deseo Superarme a Nivel Laboral Para Poder Brindarle una Mejor calidad de vida a mi familia. Soy Bachiller Tengo Experiencia Co

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serulimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	Independiente <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre	
Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Evangelina Moeno	Teléfono 3144642879
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años	
Describa e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, Servicios Públicos.		¿Cuánto es su aspiración salarial? Asignado	
¿Cuál es su principal afición? Futbol		¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? Futbol	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

502030826



Nombre de la empresa Serviaseo S.A.		Actividad Económica		Dirección Cra 54 # 17-71		Teléfono(s) 3352220	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar mantenimiento		Área del cargo		Fecha Ingreso 28 M 3 A 18	Fecha Retiro 10 M 10 A 18	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Auxiliar de mantenimiento y oficios Varios							
Nombre de su jefe inmediato Fanny				Cargo Jefe inmediato			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		1 año		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Vencimiento de contrato							

Nombre de la empresa Summar Procesos		Actividad Económica		Dirección Calle 17 Norte # 4 NCS		Teléfono(s) 6540999	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios Varios		Área del cargo		Fecha Ingreso 19 M 10 A 11	Fecha Retiro 09 M 09 A 12	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Mantenimiento y oficios Varios							
Nombre de su jefe inmediato Wilmar				Cargo Jefe inmediato			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		1 año		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Vencimiento de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Carolina Urrego	Ocupación Vigilante	Dirección	Teléfono 3028274530
2.	Nombre Erika Escoraga	Ocupación Vigilante	Dirección	Teléfono 3138594841
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Maria Molina	Ocupación Hogar	Dirección	Teléfono 3132783197
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Marque
con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 79464387
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79464373-680060

SEDE SOLEDAD



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: JOSE FERNANDO DIAZ BUITRAGO
Género: MASCULINO **Edad:** 55
Fecha Nacimiento: 6/10/1968
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 41 SUR 12 J 24
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79464373
Teléfono: na **Móvil:** 3228612537
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: COLFONDOS

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION CERCANA, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

*CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.


LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos


Dr. Jennifer Cavanzo Poveda
MD, EPS Salud Ocupacional
LIC. SO 7700/2014
U. Salazar - UMS

Médico Especialista en Salud Laboral
JENNIFER CAVANZO POVEDA
- Lic 7700/2014





Firma y cédula del Paciente
JOSE FERNANDO DIAZ BUITRAGO
79464373





AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JOSE FERNANDO DIAZ BUITRAGO	C.C.	79,464,373	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante FUQUENE CARION		Nombre(s) del aspirante Sandra Yamile	
Fecha de Nacimiento 15 02 1987		Lugar de Nacimiento Bogota Dc.	
Dirección domicilio y Barrio Av 18 J BUN 7103150		Ciudad Bogota Dc.	
Teléfono 7650119		No. Celular 3222872318	
Correo electrónico Sandra.fuquenez@hotmail.es		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 9 años	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1026256911		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
		Categoría	
¿Tiene vehículo?			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

me caracterizo por ser una buena trabajadora con muchas expectativas.
Ser cada día mucho mejor para poder obtener lo que me propongo

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servilimpieza				obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		D M A		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		Dependencia	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
						Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
				Servicios-vestuario		7 años	
¿Por qué conceptos?				Alimentacion		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
						\$ 850.000	
¿Cuál es su principal afición?		trabajar.		¿Practica algún deporte?		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Lo Asignado	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?							
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?							

913340817

118182001172120212

Nombre de la empresa LaSU		Actividad Económica		Dirección cra 74 N51u2		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios generales		Área del cargo Oficinas		Fecha Ingreso 20/04/2011		Fecha Retiro 30/09/2011	
Sueldo Inicial \$ 1.100.000		Sueldo Final \$ 1.100.000		Funciones realizadas Servicios generales			
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina Sanchez				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? obra labor Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
				D M A		D M A	
Sueldo Inicial		Sueldo Final					
\$		\$					
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Sandra Figueña C.C. 1026256911
---	---	---



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: SANDRA YAMILE FUQUENE CAÑON CC: 1026256911

Fecha de nacimiento: 15/02/1987

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

Edad: 37 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 06:46:43

Fecha salida: 2024-03-13 / 06:51:20



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presente la valoración.

Karla Lisbeth Canelon
Araujo
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

KARLA LISBETH CANELON
ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

Sandra Yamile Fuquene
Cañon
CC: 1026256911
Firma del paciente

SANDRA YAMILE FUQUENE
CAÑON
CC: 1026256911
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



Yaneth Esperanza Fula Valbuena

C.C. 52.554.338

Fecha de nacimiento: 01/02/1971

Cll 49 bis sur N. 72 i - 12 – Barrio: Tundama Bogotá D.C.

Celular: 3143798671

Celular Alterno: 3204541125

yanethesperanzafulavalbuena@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL:

- Supervisora.
- Bachiller Académico, con cursos certificados en componentes de cafetería, servicios generales, liderazgo, relaciones interpersonales, protocolo bioseguridad COVID 19, presentación personal, mantenimiento, servicio al cliente, medio ambiente y salud ocupacional; todos enfocados en el área de supervisión, servicios de aseo, cafetería y bodega.
- Experiencia laboral centrada en el sector de servicios generales, como operaria, auxiliar de bodega y actualmente ascendí a supervisora; manteniendo todo en buenas condiciones para brindar un buen servicio al cliente. Por un amplio tiempo trabajé en reemplazos en un jardín infantil realizando diferentes actividades.
- Actualmente tengo el cargo de supervisora, teniendo en cuenta que, ascendí ya que durante un largo periodo ejercí labores relacionadas con esta profesión, en la cuales se encuentran: manejo de personal, distribución de las áreas de trabajo, distribución de elementos de cafetería y aseo, tengo conocimiento de todo el área de trabajo y el manejo para su buen funcionamiento dependiendo la actividad que se requiera.
- Capacidad de trabajo bajo presión, con control y ejecución de las metas propuestas enfocados al logro de objetivos personales y profesionales, con gran capacidad para nuevos aprendizajes.
- Capacidad de planeación, organización y control de actividades orientadas a la ejecución de proyectos.
- Responsabilidad, disciplina, con buen manejo de relaciones interpersonales, alta capacidad de trabajo en grupo.
- Mi mayor expectativa es mejorar cada día obteniendo así más conocimiento en diferentes áreas, deseo crecer tanto laboralmente y educativamente para ser una persona integral y tener el reconocimiento en cada una de las funciones que pueda desempeñar.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
SANDRA YAMILE FUQUENE CAÑON	C.C:	1,026,256,911	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c m".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

FORMACIÓN ACADÉMICA

PRIMARIA

Liceo Medalla Milagrosa
Bogotá D.C – Colombia
1980

SEGUNDARIA

Bachiller
Colegio CENAT
Bogotá, Colombia
2010

CURSOS:

1. NIVEL AVANZADO- Aplicar procesos de higienización según programa establecido y normatividad vigente.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Bogotá D.C., Colombia
2018

2. CAPACITACIÓN RELACIONES INTERPERSONALES EFECTIVAS

Perfiles y Estrategias
Bogotá D.C., Colombia
2018

3. CURSO RESIDUOS HOSPITALARIOS

Centro Aseo
2022

4. CURSO MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Centro Aseo
2022

5. CURSO INDUCCIÓN CENTRO ASEO

Centro Aseo
2022

6. CURSO PROTOCOLO BIOSEGURIDAD COVID 19 – VERSIÓN 2

Centro Aseo
2022

7. CURSO REINDUCCIÓN CENTRO ASEO 2022

Centro Aseo
2022

8. CURSO IMPORTANCIA Y USO ADECUADO EPP COVID-19

Centro Aseo
2022

9. CURSO MANIPULACIÓN DE INSUMOS Y PROTOCOLOS DE LIMPIEZA

Centro Aseo
2022

10. CURSO CAÍDAS A NIVEL

Centro Aseo
2022

11. CURSO APRENDE CÓMO COMBATIR LA FATIGA EN EL TRABAJO

Centro Aseo
2022

12. CURSO MOVILIDAD SEGURA

Centro Aseo
2022

13. CURSO SEÑALIZACIÓN DE PISO MOJADO

Centro Aseo
2022

14. CURSO REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

Centro Aseo
2023

15. CURSO IMAGEN Y PRESENTACIÓN PERSONAL CENTRO ASEO

Centro Aseo
2023

16. CURSO LIDERAZGO 2022

Centro Aseo
2023

17. CURSO SERVICIO AL CLIENTE-2022

Centro Aseo
2023

18. CURSO CONTAMINANTES EN EL AIRE Y LOS EFECTOS EN LA SALUD

Centro Aseo

2023

19. CURSO POLÍTICA DE CRECIMIENTO VERDE

Centro Aseo

2023

20. CURSO EL CIGARRILLO Y EL IMPACTO AL MEDIO AMBIENTE

Centro Aseo

2023

21. CURSO AHORRO DE RECURSOS

Centro Aseo

2023

22. CURSO SEGREGACIÓN CORRECTA DE LOS RESIDUOS

Centro Aseo

2023

23. CURSO AGUA FUENTE DE VIDA

Centro Aseo

2023

24. CURSO SUSTANCIAS QUÍMICAS 2022

Centro Aseo

2023

25. CURSO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS BÁSICO

Centro Aseo

2023

26. CURSO PAUSAS SALUDABLES – ABDOMEN Y ESPALDA

Centro Aseo

2023

27. CURSO HERRAMIENTAS MANUALES SEGURAS

Centro Aseo

2023

28. CURSO RIESGO PSICOSOCIAL PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Centro Aseo
2023

29. CURSO SALUD MENTAL Y EMOCIONAL

Centro Aseo
2023

30. CURSO ERGONOMÍA LABORAL

Centro Aseo
2023

31. CURSO PLANTAS ELÉCTRICAS Y SUS COMPONENTES

Centro Aseo
2023

32. CURSO TRATAMIENTO DE PISOS

Centro Aseo
2023

33. CURSO MANEJO DE MAQUINARIAS 2022

Centro Aseo
2023

34. CURSO USO CORRECTO DE LA GRECA

Centro Aseo
2023

35. CURSO ACCIÓN DE FORMACIÓN LIMPIEZA DE AREAS Y SUPERFICIES

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Bogotá D.C., Colombia
2023

36. CURSO ACCIÓN DE FORMACIÓN MANIPULACIÓN HIGIENICA DE ALIMENTOS.

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Bogotá D.C., Colombia
2023

EXPERIENCIA LABORAL:

SERVILIMPIEZA

Cargo: Supervisora
Tiempo laborado: 24 de marzo de 2023 - Actual
Dirección: Calle 86 D #30-21
Jefe Inmediato: Betsy Isabel Villar Polo
Teléfono: (+57 601) 6286140

CENTRO ASEO

Cargo: Supervisora
Tiempo laborado: Octubre 01 de 2022 - Actual
Dirección: Carrera 28B #77-12 Barrio Santa Sofía
Jefe Inmediato: Luis Alejandro Incapie
Teléfono: (+57 601) 4849120/29 - (+57 601) 6068433

LASU S.A.S

Cargo: Operario de aseo y cafetería- Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Abril 20 de 2021- Septiembre 30 de 2022
Dirección: Carrera 74 No. 51 a 42
Jefe Inmediato: Fredy Guzmán
Teléfono: 9164681 - 3174048863

EASY CLEAN

Cargo: Operario de aseo y cafetería - Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Febrero 10 de 2020 – Abril 19 de 2021
Dirección: Diagonal 74 bis N. 20b- 74
Jefe Inmediato: Patricia Vaca
Teléfono: 743 2060 Opc. 1- 311 862 6511

EASY CLEAN

Cargo: Auxiliar de servicios Generales – Cafetería - Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Febrero 17 de 2017 – Enero 23 de 2019
Dirección: Diagonal 74 bis N. 20b- 74
Jefe Inmediato: Sayda Parra
Teléfono: 743 2060 Opc. 1- 311 862 6511

EMINSER SAS

Cargo: Operario de aseo y cafetería - Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Octubre 08 de 2016 – Febrero 16 de 2017
Dirección: Crr 21a N. 159-35
Jefe Inmediato: Fernando Rodríguez
Teléfono: 670 4624- 6719208

ELITE LTDA

Cargo: Operario de aseo y cafetería - Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Marzo 15 de 2016 – Octubre 07 de 2016
Dirección: Cll 102 N. 70g- 63
Jefe Inmediato: Claudia Vélez
Teléfono: 643 2979

CLEANDEPOT

Cargo: Profesional de aseo – Cafetería - Auxiliar de Bodega
Tiempo laborado: Abril 01 de 2015 – Marzo 14 de 2016
Dirección: Diagonal 54 N. 24-22
Jefe Inmediato: Fernando Rodríguez
Teléfono: 744 0036- 38-39

SERVIASEO

Cargo: Operario de oficios varios
Tiempo laborado: Enero 26 de 2015 – Marzo 28 de 2015
Dirección: Crr 54 N. 17-71
Jefe Inmediato: Yaneth Parrado
Teléfono: 335 22 20

CASA VECINAL CHUNIZA

Cargo: Servicios generales
Tiempo laborado: Febrero 02 de 2009 – Diciembre 12 de 2014
Dirección: Calle 82 sur # 39 Este B
Jefe Inmediato: Esperanza Espitia
Teléfono: 764 2278- 321 206 6142

CASA VECINAL CHUNIZA

Cargo: Reemplazo oficios varios
Tiempo laborado: Marzo 2006- Diciembre de 2008
Jefe Inmediato: Esperanza Espitia
Teléfono: 764 2278- 321 206 6142

REFERENCIAS PERSONALES**LILIANA CARRILLO**

Jefe Auxiliar Administrativo - Alcaldía Mayor de Bogotá
Bogotá- Colombia
Tel. 3183964621

MIREYA VARGAS

Jefe Auxiliar Administrativo - Alcaldía Mayor de Bogotá
Bogotá- Colombia
Tel. 3125819470

REFERENCIAS FAMILIARES

GINNA LORENA ARGUELLO FULA

Oficial Mayor Juzgado Primero Civil Municipal
Bogotá-Colombia
Teléfono: 316 617 4009

CLEMENCIA GUTIERREZ

Administradora y Representante Legal Copropiedades
Bogotá - Colombia
Tel. 2642973 – 3103266983

YANETH ESPERANZA FULA VALBUENA
C.C. 52.554.338 de Bogotá

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52554338-680759

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: YANETH ESPERANZA FULA VALBUENA
Género: FEMENINO **Edad:** 53
Fecha Nacimiento: 1/02/1971
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: DG 41 BIS SUR 72 I 12
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52554338
Teléfono: na **Móvil:** 3143798671
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Andrea P. Galvez Cuitiva

Dr. Andrea Galvez Cuitiva
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia: 12788
C.G. 1298260179

Médico Especialista en Salud Laboral
ANDREA DEL PILAR GALVEZ CUITIVA
-1026260179 Res 12798-02/11/20



Yaneth Fula



Firma y cédula del Paciente
YANETH ESPERANZA FULA VALBUENA
52554338



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
YANETH ESPERANZA FULA VALBUENA	C.C.	52,554,338	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "f c m".

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Luzmila		Nombre(s) del aspirante flarez Garroga	
Fecha de nacimiento D 26 M 09 A 1989	Lugar de nacimiento Guacumayo Santander		
Dirección domicilio / Barrio Cll 81 sur #6 B este 30		Ciudad Bogota	
Teléfono 3144530119		Nº. Celular 3204585475	
Correo electrónico lucenitaflarez26@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Soltero	Años de experiencia laboral 14 Años

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1018429019	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
Categoría		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Ubicarme en una empresa que me permita desarrollar mis habilidades laborales y seguir creciendo como persona y en cuanto mi profesión seguir adquiriendo mucha más experiencia y lograr mis metas a futuro.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obrero labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre		Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Vengamin	Teléfono 312 580 0000
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 Años	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿Cuál es su principal afición? El futbol		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ el asignado	
¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19009554

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa Sentro ASCO		Actividad Económica		Dirección Crr 28 b # 77-12		Teléfono(s) 322 3514796	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios varios		Área del cargo Operario		Fecha Ingreso 29/07/2023		Fecha Retiro 05/08/2023	
Sueldo Inicial \$ mínimo		Sueldo Final \$ mínimo					
Funciones realizadas areas comunes cafetería baños trapear							
Nombre de su jefe inmediato Janet							
Cargo supervisora							
Logros obtenidos experiencia laboral							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro termino de contrato							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Sueldo Inicial		Sueldo Final					
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato							
Cargo							
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre luc ibañez	Ocupación empleada	Dirección 3104262735
2.	Nombre Sandra Garca	Ocupación empleada	Dirección 3134059398
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Kelly florez	Ocupación ama de casa	Dirección 3185702111
2.	Nombre Gladiis Correa	Ocupación ama de casa	Dirección 3132241211

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  c.c. 1018429019
---	---	---



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: LUZ MILA FLOREZ QUIROGA
Fecha de nacimiento: 26/09/1989
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1018429019
Edad: 34 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:18:03
Fecha salida: 2024-03-13 / 08:55:41



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1002 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Luz Mila Florez Quiroga

LUZ MILA FLOREZ QUIROGA
CC: 1018429019
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
LUZ MILA FLOREZ QUIROGA	C.C.	1,018,429,019	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira <i>Operario aseo</i>
----------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante <i>Fuentes Baldovino</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Jorge Luis</i>	
Fecha de nacimiento D M A	Lugar de nacimiento <i>Sampues (Sucre)</i>		
Dirección domicilio / Barrio <i>1172a bis Sur N 18 918</i>		Ciudad <i>Bogotá DC</i>	
Teléfono		N°. Celular <i>3102466990</i>	
Correo electrónico <i>emiliano.fuentesbaldovino@gmail.com</i>		Nacionalidad <i>colombiano</i>	
Profesión, ocupación u oficio <i>operario aseo</i>		(*) Estado civil <i>soltero</i>	Años de experiencia laboral <i>8 años</i>



DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <i>92260161</i>	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Sampues (Sucre)</i>	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
Categoría		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caracterizan en su vida laboral

Soy bachiller académico con ganas de demostrar y aplicar toda mi experiencia en el campo de la limpieza y demás actividades que se requieran. Soy muy proactivo y me adapto con facilidad a cualquier cambio que se presente.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En que empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <i>Lindon Peña</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describe y indique su valor mensual	Teléfono <i>310 2564619</i> ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>5 años</i>
¿Por qué conceptos? <i>arriendo, alimentos, transportes, vestuario</i>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>\$ 1.500.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>escuchar música y leer</i>	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <i>Fútbol</i>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <i>concursos de bailes y obras de teatro</i>		

Nombre de la empresa Centro aseo	Actividad Económica Alcaldia	Dirección Cr 286 N° 77-12	Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario aseo	Área del cargo Alcaldia	Fecha Ingreso 20/10/22	Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas descanecado de puntoseco, Barrido de parqueo der. Limpieza de oficinas, Limpieza de Vidrios, paredes.				
Nombre de su jefe inmediato Yaneth.		Cargo Supervisora.		
Logros obtenidos aceptados.				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra a labor		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Voluntario.				

Nombre de la empresa Quick	Actividad Económica Tramv	Dirección 93 N 51-98.	Teléfono(s) 7470547.	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso 30/01/20	Fecha Retiro 13/11/20	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas aseo y desinfección de oficinas, Limpieza de Vidrio, manejo de maquinaria y productos químicos.				
Nombre de su jefe inmediato Alejandra Hernandez		Cargo Supervisora.		
Logros obtenidos aceptados.				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Voluntario.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Diego Rubio	Ocupación Operario aseo	Dirección soacha.	Teléfono 3203603488
2.	Nombre Lindon Peña.	Ocupación Operario aseo	Dirección el Trabis sur N° 18.	Teléfono 3102564619
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre ana lucia flores	Ocupación asesora en clavo	Dirección el Trabis sur N° 18	Teléfono 3046322417
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante C.C. 92260161
---	---	--



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: JORGE LUIS FUENTES BALDOVINO
Fecha de nacimiento: 04/03/1982
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 92260161
Edad: 42 Sexo: MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:20:42
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:20:42



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

EDWIN BOLIVAR ALVARADO
CORREA
RM: 85454620
Firma y sello del médico

JORGE LUIS FUENTES
BALDOVINO
CC: 92260161
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JORGE LUIS FUENTES BALDOVINO	C.C.	92.260.161	18/03/2024

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha: 15/03/24 Empleo o cargo al que aspira: Operaria de Aseo

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Gomez Ortiz		Nombre(s) del aspirante Geraldine	
Fecha de nacimiento 30/03/95		Lugar de nacimiento Bogota	
Dirección domicilio / Barrio Cil 43F 27F 10E		Ciudad Soacha	
Teléfono		No. Celular 323 3323634	
Correo electrónico virelha7@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio operaria de Aseo		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 8 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1018657628	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
Categoría		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Responder de manera optima en el cargo asignado
Compartiendo y desarrollando mis conocimientos.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servilimpieza		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre		Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ 1.800.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

99926635

7 717021 2 11007813 11

Nombre de la empresa Easy Clean		Actividad Económica Aseo		Dirección Diag 748 # 208 -74		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo		Área del cargo Registraduría		Fecha Ingreso 10 22 01 11		Fecha Retiro	
						Sueldo Inicial \$	
						Sueldo Final \$	
Funciones realizadas limpiar, barner, maquinari, Trapiado y Cafeteria.							
Nombre de su jefe inmediato Andres Segura				Cargo Jefe			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Voluntario							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
						Sueldo Inicial \$	
						Sueldo Final \$	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Marisol Guio Neira	Ocupación empacadora	Dirección 320 411 3250
2.	Nombre Geraldine Ardiya	Ocupación Aux Administrativa	Dirección 319 386 2449
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Delfa Lucia Ortiz	Ocupación Ama de casa	Dirección 322 812 3238
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante Geraldine Gómez Ortiz C.C. 1013657628
---	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: GERALDINE GOMEZ ORTIZ
Fecha de nacimiento: 30/03/1995
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1013657628
Edad: 28 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:32:00
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:41:08



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- FROTIS FARINGEO


- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido, Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
H.M. 1016055879

LAURA ESTEFANIA DOTOR
RODRIGUEZ
RM: 1016055879
Firma y sello del médico

Geraldine Gomez Ortiz

GERALDINE GOMEZ ORTIZ
CC: 1013657628
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
GERALDINE GOMEZ ORTIZ	C.C.	1,013,657,628	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c m'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Giraldo Carrillo		Nombre(s) del aspirante Jairo Alaro	
Fecha de nacimiento 06 M 09 A 1987		Lugar de nacimiento Bogotá D.C	
Dirección domicilio / Barrio Calle 82 c sur # 78 Q - 70		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3112445026	
Correo electrónico Jairocarrillo7709@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Operario de mantenimiento		(*) Estado civil Soltero	
		Años de experiencia laboral	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 7.032.432.657		(**) Libreta militar N° 7.032.432.657	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá D.C		Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N° 7032432657 Categoría 2	
		¿Tiene vehículo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Persona responsable, puntual, creativa, respetuosa con los demás. Complicador con los deberes que le sean encomendados, dispuesto a brindar el apoyo que sea requerido y a adquirir cualquier tipo nuevo conocimiento, versátil y muy diligente.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servilimpieza		Independiente <input type="checkbox"/> obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		02 M 05 A 2017	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
				Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				\$1.300.000	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuanto es su aspiración salarial?	
mercado, servicios, estudio		fútbol		\$1.700.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?			
fútbol		fútbol			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?					
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Cr 285 # 77-72	Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de mantenimiento	Área del cargo alcaldía	Fecha Ingreso 01/10/2021	Fecha Retiro 19/03/2023	Sueldo Inicial \$1.160.000
Sueldo Final \$1.160.000				
Funciones realizadas Almacenamiento de bienes muebles electrónicos informáticos y mobiliario. Arreglos locativos.				
Nombre de su jefe inmediato adriana		Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Experiencia en manejo de inventarios				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor				
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Empalme con otra empresa				

Nombre de la empresa Lasu	Actividad Económica	Dirección Carrera 74 # 51-A 42	Teléfono(s) 9164687	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de mantenimiento	Área del cargo alcaldía	Fecha Ingreso 20/04/2021	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$
Sueldo Final \$				
Funciones realizadas Almacenamiento de bienes muebles electrónicos informáticos y mobiliario. Arreglos locativos				
Nombre de su jefe inmediato Bredy Guzmán		Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Experiencia en manejo de inventarios				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor				
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Empalme con otra empresa				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Dycky Katherine Giraldo	Independiente	C1182C sur # 78Q70	3058439967
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Fabio Giraldo	Guarda Seguridad	C1182C sur # 78Q70	3125394877
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Maria Yennifer Prada	Secretaria General	Krr 8 # 70-65	3005545030
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Edgar Zúñiga		Krr 8 # 70-65	3712044287

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. **7032432657**

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1032432651-680073

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: JAIRO ALONSO GIRALDO CARRILLO
Género: MASCULINO **Edad:** 34
Fecha Nacimiento: 6/09/1989
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALLE 82C SUR 18Q 10
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1032432651
Teléfono: 0 **Móvil:** 3112445026
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Linda Giselle Salazar Molano
Médico Especialista en Salud Laboral
C.C. 3456789
Especialista en Salud Laboral
C.C. 3456789

Médico Especialista en Salud Laboral
LINDA GISELLE SALAZAR MOLANO
R.M: 054967 Lic. 5697 17/12/



Firma y cédula del Paciente
JAIRO ALONSO GIRALDO CARRILLO
1032432651



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
JAIRO ALONSO GIRALDO CARRILLO	C.C.	1,032,432,651	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fredy Ceballos Montana'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 15/03/2024 Empleado o cargo al que aspira: operario de mantenimiento

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante Gómez Uruero		Nombre(s) del aspirante Carlos Mario	
Fecha de Nacimiento 28/08/1990	Lugar de Nacimiento Maicao (La Guajira)		
Dirección domicilio / Barrio Cra 270 # 35 b sur - 55		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3203703662	
Correo electrónico cg4604809@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio operario de mantenimiento		(*) Estado civil soltero	Años de experiencia laboral 4 años

DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1016028720	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	Licencia de conducción N°	Categoría
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Me considero una persona responsable, dinámica y creativa, con facilidad de adaptación y capacidad de trabajar en equipo, y lograr las metas y objetivos trazados por la empresa

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Marina Gutierrez	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ A/c	¿Cuánto es su aspiración salarial? A/c
¿Por qué conceptos? Arriendo, servicio u otras cosas			
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

913340817

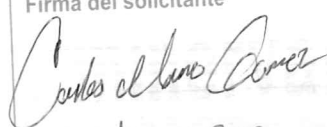
Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica minimo	Dirección Cra 28B # 77-12	Teléfono(s) 4949120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de mantenimiento	Área del cargo operario	Fecha Ingreso 01/10/2023	Fecha Retiro 23/03/2024	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Yaneth Fula			Cargo Jefe	
Logros obtenidos operario de mantenimiento				
Tipo de contrato	Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?	obra o labor
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo	Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro finalización de contrato				

Nombre de la empresa Empresa Institucional Laso	Actividad Económica minimo	Dirección Cra 74 # 519-42	Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gestor de Aseo y cafetería	Área del cargo operario	Fecha Ingreso 20/04/2021	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Doris Rodríguez			Cargo Recursos humano	
Logros obtenidos Gestor de Aseo y cafetería				
Tipo de contrato	Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?	obra o labor
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo	Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro finalización de contrato				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Liceth Jurado	Ocupación casa familia	Dirección Cl 59 # 869-82	Teléfono 3013533480
2.	Nombre José David Morales	Ocupación mantenimiento	Dirección La Victoria	Teléfono 3013188848
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Marta Vivero	Ocupación casa familia	Dirección Cl 59 # 869-82	Teléfono 3143119949
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  c.c. 1016028720
---	---	--



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-14

Nombres y apellidos: CARLOS MARIO GOMEZ VIVERO

Fecha de nacimiento: 28/08/1990

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 1016028720

Edad: 33 Sexo: MASCULINO

Fecha ingreso: 2024-03-14 / 07:12:52

Fecha salida: 2024-03-14 / 07:15:52



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

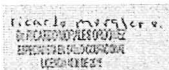
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



RICARDO MORALES ORDÓÑEZ

RM: 79059704

Firma y sello del médico

Carlos Mario Gomez

CARLOS MARIO GOMEZ VIVERO

CC: 1016028720

Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
CARLOS MARIO GOMEZ VIVERO	C.C.	1,016,028,720	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i'.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.