


www.formasminerva.com

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
28 M 02 A 2024	SERVICIOS Generales

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante		Nombre(s) del aspirante	
CERQUEIRA PARRA		Gutierrez Alejandra	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
03 M 12 A 1993	BOGOTÁ		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
77# 62 H 51 SUR		BOGOTÁ	
Teléfono	No. Celular		
3209302459	3183679475		
Correo electrónico	Nacionalidad		
3209302459@ymail.com	COLOMBIANA		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
	soltera	7 AÑOS	
DOCUMENTACION			
(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024547275	(*) Libreta militar N°		
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Primeras clases: <input type="checkbox"/>		
Tarjeta profesional N°		¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°
		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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	SERVICIOS		Empleado <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	indefinido		
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?			
				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	D	M	A	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		Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
		orlando romero				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?	¿Cuál es su aspiración salarial?						
		\$ El Asignado					
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?						
		TRABAJAR PARA DARLE UN MEJOR FUTURO A MI HIJO. Si <input type="checkbox"/> No <input 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

 7
 20124007813

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"/> Fijo <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <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"/> Motivo del retiro	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfno(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"/> Fijo <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <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"/> Motivo del retiro	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante <i>Cesar Cepurra P.</i> C.C. 1024547 275
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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
Paciente: GINNA ALEJANDRA CERQUERA PARRA
Género FEMENINO **Edad:** 30
Fecha Nacimiento: 3/12/1993
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección KT 77 62 H 51 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1024547275
Teléfono NA **Móvil:** 3183679475
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
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	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 PROMOViendo 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." followed by a surname.

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	Nombre(s) del aspirante		
CAMARDO HERNANDEZ	LUISA FERNANDA		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
D 22 M 10 A 1998	BOGOTÁ		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
733 # 84 A 795 - BELLAVISTA	BOGOTÁ		
Teléfono	No. Celular		
7664333	3229227877		
Correo electrónico	Nacionalidad		
feridah24@gmail.com	COLOMBIANA		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA	SOBERANA	6 AÑOS	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1023031155	(**) 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

BACHILLER ACADEMICO CON CONOCIMIENTO BASICO EN MANEJO DE HERRAMIENTAS

OPIMATICA, EXPERIENCIA LABORAL COMO AUXILIAR EN VENTAS Y SERVICIOS GENERALES,

CUENTO CON CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO ORGANIZADA, RESPONSABLE Y

HABIL 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? SERVICIOS PIZZA	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"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿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 ALEJANDRA HERNANDEZ	Teléfono 3154717151
¿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? 24 AÑOS
¿Por qué conceptos? APRENDIZAJE, ALIMENTACION, TRANSPORTE ENTRE OTROS	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000		
¿Cuál es su principal afición? VIAJAR	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> NATAACION		
¿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)? NATAACION			

99926635



Nombre de la empresa CREATIVO ASOC	Actividad Económica	Dirección CARRERA 28B # 77 - 12				Teléfono(s) 4844120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIA DE ASOC Y CAFETERIA	Área del cargo	Fecha Ingreso D 09 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$1.160.000	Sueldo Final \$1.160.000	
Funciones realizadas ASOC A OFICINAS, ZONAS COMUNES, DESARROLLO DE BAOS, UTENSILIOS DE CAFETERIA Y ATENCION A FUXORARIO DE LA ENTIDAD DONDE SE PRESTO AL SERVICIO						
Nombre de su jefe inmediato YEDSON PARAMO	Cargo SUPERVISOR					
Logros obtenidos MAYOR EXPEDICION						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? 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 POZ EMPATIME						

Nombre de la empresa ECOIANADO PTS	Actividad Económica	Dirección C152 A # 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 ASOC A OFICINAS Y BODEGAS						
Nombre de su jefe inmediato EDERA CASTAÑO	Cargo 6626276					
Logros obtenidos CONOCIMIENTO Y EXPERTIZA						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? 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 VOOLUNTARIO						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre EDWIN GARCIA	Ocupación POLICIA	Dirección -		Teléfono 3012533251
2. Nombre ANDREA MARIN	Ocupación ABOGADA	Dirección -		Teléfono 3196739057
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre SANDRA HERMANDEZ	Ocupación AMA DE CASA	Dirección -		Teléfono 3138681476
2. Nombre ANGELICA HERMANDEZ	Ocupación INDEPENDIENTE	Dirección -		Teléfono 3159411751

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.		<input checked="" type="checkbox"/>
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 ⁷ (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 ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

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 "Freddy Ceballos Montaña".

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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
27/08/84	Cafetería y Asco

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Camargo Alba	Blanca Estrella
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
27/06/1971	Toca Boyaca
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Cra 3 Este N 49 C 37 Sur	Bogota
Teléfono	Nº. Celular
311 82 42 926	21 176 443
Correo electrónico	Nacionalidad
Blanca1971Estrella@gmail.com	Colombia
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
Operaria Servicios Generales	Soltera
DOCUMENTACIÓN	
(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 24176 443	(**) Libreta militar No.
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Toca Boyaca	Distrito No.
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

profesional en servicios Generales con experiencia en manejo de Alimentos y en el campo de Atención al público Administrativas y bancarias con actitudes prácticas para trabajar en equipo organizar y planear procesos con alto sentido moral y ético 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"/> Independiente <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicito 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"/> Nombre _____ Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	¿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 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 _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿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? \$ 800.000	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Agi Alsignado		
¿Cuál es su principal afición? trabajar y Estudiar	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Reconocimientos bervalles y liderar grupos	
¿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)?			

18181910



Nombre de la empresa Sentro Aseo	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Cafetería y Aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas Oficios varios		D 10 M 22 A 93 D 23 M 03 A 23		\$ Asignado	\$ Asignado
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Berrugo	Cargo	Supervisora			
Logros obtenidos Líder Felicitaciones borbales					
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 checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	Hora y labor				
Motivo del retiro Termino de contrato					

Nombre de la empresa Limpieza Institucional	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Servicios G.	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas Oficision Varios		D 6 M 05 A 20 D 31 M 03 A 21		\$ básico	\$ básico
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro	Cargo	Supervisor			
Logros obtenidos Felicitaciones borbales y Lideración de grupos					
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 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 los nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Eman Botía	Ocupación Conductor	Dirección	Teléfono 3204360619
2.	Nombre Diego Guevara	Ocupación Técnico Claro	Dirección	Teléfono 3203817738
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Patricia Guevara	Ocupación Contadora	Dirección 3-ESTEUC 37	Teléfono 3102698161
2.	Nombre Paola Camargo	Ocupación Contadora	Dirección	Teléfono 31441324869
Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.				
<input type="checkbox"/> 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 Blanca E. Camargo C.C. 241764413
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

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

APTO 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Freddy Ceballos Montaña".

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

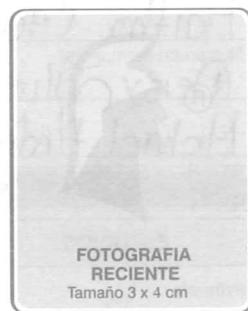
Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Cifuentes Martínez	Diana Muñoz	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
D 15 M 08 A 1985	Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
	310 800 9669	
Correo electrónico	Nacionalidad	
dianis 2356 Cifuentes@gmail.com	Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Operaria	Soltera	
DOCUMENTACIÓN		
(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. 1024 477306	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	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 caractericen en su vida laboral

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serviclimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <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"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	¿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"/> 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"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> _____	Teléfono 319 4729000 20 años	
¿Por qué conceptos? Alimentación, Vestuario, Arriendo, Servicios, Estudios etc.	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cuál(es)? Leer	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1 a 2 Salarios MN	
¿Cuál es su principal afición? Leer	¿Cuál(es)? _____	¿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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	

93938525

7 20124 0071813

Nombre de la empresa <i>Ruppa fruit S.A.S</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Calle 18 sur N° 28-42</i>		Teléfono(s) <i>727 07 83</i>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operaria de planta</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 13 M 12 A 21</i>	Fecha Retiro <i>D 20 M 01 A 23</i>	Sueldo Inicial <i>\$1.000.000</i>	Sueldo Final <i>\$1.000.000</i>
Funciones realizadas <i>Empacar, Organizar, despolpar, y aseo de rutina</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Wilson Rodriguez Chamorro</i>	Cargo <i>Director de recursos H.</i>				
Logros obtenidos <i>Buen conocimiento de los labores realizadas</i>					
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 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 <i>Personal</i>					
Nombre de la empresa <i>Prefabricados Aslan</i>	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s) <i>300 6496 780</i>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Auxiliar de Servicios F</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 12 M 02 A 2018</i>	Fecha Retiro <i>D 28 M 02 A 2020</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 900.000</i>	Sueldo Final <i>\$ 900.000</i>
Funciones realizadas <i>bomber, trapear, limpiar, organizar</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Jose Vicente Lopez</i>	Cargo <i>Gerente</i>				
Logros obtenidos <i>Buen conocimiento de las labores realizadas</i>					
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 <i>Pandemia</i>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre <i>Luz Angela Rodriguez</i>	Ocupación <i>Hogar</i>	Dirección		Teléfono <i>319 429 00 98</i>
2. Nombre <i>Thon Edwin Rodriguez</i>	Ocupación <i>Conductor</i>	Dirección		Teléfono <i>311 854 6946</i>
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre <i>Dersy Julith Rodriguez</i>	Ocupación <i>Operaria</i>	Dirección		Teléfono <i>311 226 0737</i>
2. Nombre <i>Martha C. Fuentes</i>	Ocupación	Dirección		Teléfono <i>314 213 6795.</i>

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



Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	<i>10/10/2021 C. Fuentes</i> C.C. 1024477306

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1024477306-680369

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: DIANA MARIA CIFUENTES MARTINEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 38
Fecha Nacimiento: 15/08/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 10 H ESTE 24 C 12 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1024477306
Teléfono: 3108009661
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION 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

APTO 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 "Freddy Ceballos Montaña".

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.



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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Cortes Jadiela	Nombre(s) del aspirante DIONAR	
Fecha de nacimiento D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento	
Dirección domicilio / Barrio carrera 2A entre 17 - 53 soacha	Ciudad Bogota	
Teléfono 3219519345	No. Celular 3219519345	
Correo electrónico Dionar1285@gmail.com	Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio SERVICIOS generales	(*) Estado civil sottera	Años de experiencia laboral 15 años
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 62305010	(**) Libreta militar N° _____	Primer 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
y creativa con facilidad de adaptamiento**

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Nombre _____	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato _____
¿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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	¿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 type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador pedro velandia	Teléfono _____
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual _____	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 7400.000		
¿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)?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1800.000		

996299665



7 702124 007813

Nombre de la empresa casx clean	Actividad Económica 877.803 Diag 74 BIS # 20 B - 74	Dirección ruas salud 20 10 2018 19 04 2020		Teléfono(s) 7732060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted SERVICIOS GENERALES	Área del cargo función salud	Fecha Ingreso 20/10/2018	Fecha Retiro 19/04/2020	Sueldo Inicial \$ 877.803	Sueldo Final \$ 9'300,00
Funciones realizadas cafeeteria limpieza de puestos de funcionarios, boller tradicional lavado de baños					
Nombre de su jefe inmediato SUSANA VERONICA CASTILLO	Cargo Directora recurso humanos				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <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 checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro termino de contrato					
Nombre de la empresa scinespaciales	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cooperativa serviciosg	Área del cargo	Fecha Ingreso 20/04/2013	Fecha Retiro 13/05/2023	Sueldo Inicial \$ 900,00	Sueldo Final \$ 12'000,00
Funciones realizadas brigadas de baños de pisos limpieza de puestos boller tradicinal					
Nombre de su jefe inmediato Maria Rodriguez	Cargo supervisora				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <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 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 Chaves	Ocupación mantenimiento	Dirección cra 48c # 70 - 12 sur	Teléfono 3013188848
2.	Nombre DANIA JOSE	Ocupación mantenimiento	Dirección	Teléfono 3007681555
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre José Alfredo cortes	Ocupación conductor	Dirección	Teléfono 3015949308
2.	Nombre ofelia cortes	Ocupación auxiliar de cocina	Dirección	Teléfono 3213646848

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

Marque con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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)	Dionmer cortes C.C. 32505010

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:

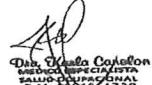
CONDICIÓN VISUAL:

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

OTRAS::

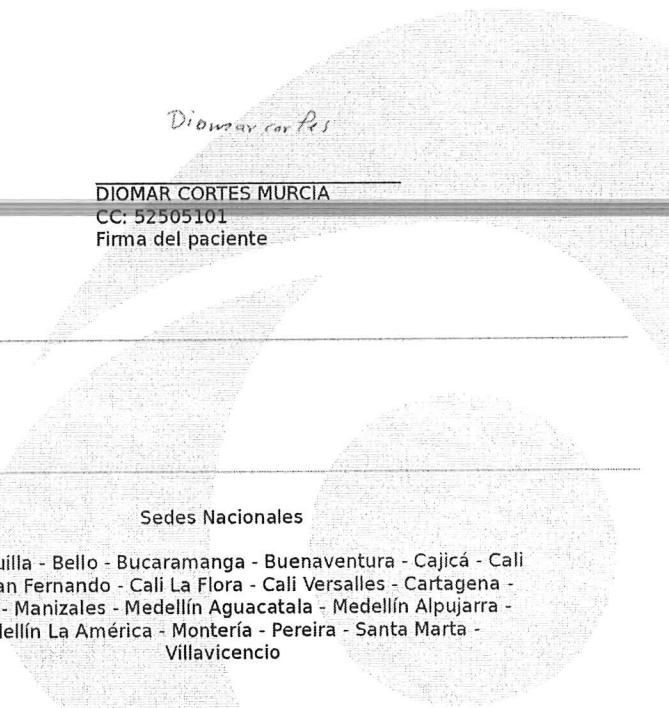
DIETA BALANCEADA
ANUAL
USO DE LENTES CORRECTIVOS

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.



Dr. Karla Lisbeth
CANELON
ARAUJO
R.M. 1094861739

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



Diomar Cortes

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 'Freddy Ceballos Montaña'.

**FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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
02 26 02 24

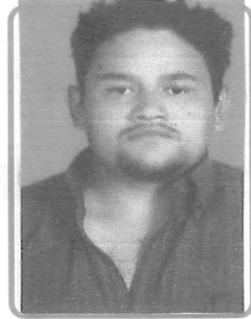
Empleo o cargo al que aspira

Operario Mantenimiento

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Cesar Converse	Nombre(s) del aspirante Angel Eduardo	
Fecha de nacimiento D 11 M 03 A 76	Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio cll 142a # 139 -24	Ciudad Bogotá	
Teléfono	Nº. Celular 300 899 4453	
Correo electrónico angel.eduardo1231@gmail.com	Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Mantenimiento	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral 80 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 99861598 Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	(**) Libreta militar No. 99861598 Distrito No. 46	Primer clase: <input checked="" type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
DOCUMENTACIÓN		
(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995		



II. PERFIL LABORAL

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

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que empresa? servicio limpieza	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"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿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	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000 -	
¿Por qué conceptos? servicios, mercado, educación	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$		
¿Cuál es su principal afición? Ejercicio	¿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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			



Nombre de la empresa <i>centro Asco</i>	Actividad Económica <i>Asco</i>	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario Mantenimiento</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 28 M 10 A 22</i>	Fecha Retiro <i>D 23 M 3 A 23</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 1,500,000</i>	Sueldo Final <i>\$ 1,500,000</i>	
Funciones realizadas <i>Asco y mantenimiento locativo</i>						
Nombre de su jefe inmediato <i>Yurani Pividio</i>	Cargo <i>supervisor</i>					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? 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>Terminacion contrato</i>						
Nombre de la empresa <i>Serdur</i>	Actividad Económica <i>Obra civil</i>	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario Mantenimiento</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 15 M 2 A 22</i>	Fecha Retiro <i>D 30 M 9 A 28</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 1,500,000</i>	Sueldo Final <i>\$ 1,500,000</i>	
Funciones realizadas <i>Obra civil menor</i>						
Nombre de su jefe inmediato <i>Camila Durante</i>	Cargo <i>ingenieria</i>					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? 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 <i>Karen Hernandez</i>	Ocupación <i>Call center</i>	Dirección <i>cil 142a #139-24</i>	Teléfono <i>313 387 14 66</i>
2. Nombre <i>Javier Olivos</i>	Ocupación <i>Transporte</i>	Dirección <i>cil 180 #99-36</i>	Teléfono <i>317 5103213</i>
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre <i>Yulio Arango</i>	Ocupación <i>Enfermeria</i>	Dirección	Teléfono <i>3014656849</i>
2. Nombre <i>Fernanda Rodriguez</i>	Ocupación <i>Hogar</i>	Dirección <i>cil 149a #139-24</i>	Teléfono <i>3132280605</i>

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



Marque con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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).	<i>Fyel Cus</i> C.C. 99861598

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



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 - BOGOTA 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

APTO 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
Medico 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Freddy Ceballos Montaña'.

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 22. M 02. A 2024	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Cuadros Valderrama.	Franceid.	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
D M A	Carcosi	Bogotá
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
R. 13. 77- b. 10. Sur.	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
	301-689-6216.	
Correo electrónico	Nacionalidad	
francicuadros.85@gmail.com.	colombiana.	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
	Soltera.	7 años.
DOCUMENTACION		
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?	Licencia de conducción N°
	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

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Servi Simplicia.			obra. labor
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		D M A	Nombre
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dependencia
¿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"/>		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <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 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	Teléfono
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Guillermina. Ruid	3125165534	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			3 años	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				\$ 1.000.000
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto es su aspiración salarial?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Lo acordado.
¿Cuál es su principal afición?	Practica algún deporte?	¿Cuál(es)?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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"/>	¿Cuál(es)?			

Nombre de la empresa Easy. clean.	Actividad Económica	Dirección D. 74- BIS# 20-B-74, 60174320 60		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria. ases. cafeteria.	Área del cargo Operaria	Fecha Ingreso D 10 M 02 A 20	Fecha Retiro D 14 M 04 A 21	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$ 9:00.000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato David. Vega.	Cargo		supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <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 checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	Empalme.				

Nombre de la empresa Assu.	Actividad Económica	Dirección Cr 79 N.0.51.0- 42.		Teléfono(s) 317944.88.63	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria. ases. cafeteria.	Área del cargo Operaria	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 30 M 04 A 22	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$ 1.100.000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Pedro. Montenegro.	Cargo		supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <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 checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	Empulme.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Clida. Herrera.	Ocupación Independiente.	Dirección Bogota.	Teléfono 313343919
2.	Nombre Himedda. Velasco.	Ocupación Independiente.	Dirección Bogota.	Teléfono 3143676336
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Doriana. Jaimes.	Ocupación Empleada.	Dirección Bogota.	Teléfono 3108509959.
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 mi, 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. Francis. 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 ORDÓNEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico



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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Freddy Ceballos Montaña".

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
11 03 2024	operaria de ASEO

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
catuche piamba LUZ marina			
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
30 nov 1973	San Jose Iznos Huila		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
Fr 100 H 50 B 45 sur Bosa-p	Bogota		
Teléfono	Nº Celular		
320 245 0652			
Correo electrónico	Nacionalidad		
Luzmarinacatuchepiamba@gmail.com colombiana			
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil		
union libre			
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input type="text"/> N° 52164356	(**) Libreta militar N° <input type="text"/>	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <input type="text"/>	Distrito N° <input type="text"/>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N° <input type="text"/>	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° <input type="text"/>	Categoría <input type="text"/>



II. PERFIL LABORAL

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

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/>	¿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"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/> ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿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?	\$ 900.000
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuál(es)? <input type="text"/>
¿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)? <input type="text"/>				

56456020

7702124 007813

Nombre de la empresa easy clean	Actividad Económica	Dirección Dg. 74 B'5 #20B 74		Teléfono(s) 7432060
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 02 A 90	Fecha Retiro D 06 M 10 A 90	Sueldo Inicial \$ minimo
Funciones realizadas ASCO y cafetería	Sueldo Final \$ minimo			
Nombre de su jefe inmediato pedro Montenegro	Cargo supervisor			
Logros obtenidos				
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 o labor	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 #51A 49		Teléfono(s) 9164681
Cargo(s) desempeñado(s) por usted ASCO y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 91	Fecha Retiro D 30 M 09 A 92	Sueldo Inicial \$ minimo
Funciones realizadas	Sueldo Final \$ minimo			
Nombre de su jefe inmediato pedro F montenegro	Cargo supervisor			
Logros obtenidos				
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? Contrato por medio de agencia <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 Administrad	Dirección	Teléfono 3213100862
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 mi, 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. 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**CC:** 52164356**Fecha de nacimiento:** 30/04/1973**Edad:** 50 **Sexo:** FEMENINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-12 / 02:23:06**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-12 / 02:37:11**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

:

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 presenta la valoración.



Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM: 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 'Freddy Ceballos Montaña'.

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
014 | M 03 | 1978Empleo o cargo al que aspira
*operario de Mantenimiento***I. INFORMACIÓN GENERAL**(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante <i>Canaria Machaca</i>	Nombre(s) del aspirante <i>Miguel Antonio</i>	
Fecha de nacimiento 016 M 03 1978	Lugar de nacimiento <i>Tuta Boyaca</i>	
Dirección domicilio / Barrio <i>Carrera 19 DBIS #70 110 sur</i>	Ciudad <i>Boedo</i>	
Teléfono	Nº. Celular <i>3011584527</i>	
Correo electrónico <i>Canaria.miguel355@gmail.com</i>	Nacionalidad <i>Colombia</i>	
Profesión, ocupación / Oficio <i>operario de Mantenimiento</i>	(*) Estado civil <i>Casado</i>	Años de experiencia laboral <i>25</i>
DOCUMENTACIÓN		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 79557871	(**) 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? 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 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 comprometido, Quiero seguir
estudiando para tratar un mejor futuro, mis metas q
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>Servi limpia</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> <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"/> Nombre Dependencia
¿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? Categoría		
¿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"/> Nombre del arrendador ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Teléfono <i>3011584527</i>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>15 años</i>
¿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? <i>\$ 1200.000</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Alimentación servicios públicos etc.</i>	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <i>Caminar</i>	¿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

7702124007813

Nombre de la empresa <i>Casa Limpia</i>	Actividad Económica	Dirección <i>17v el dorado 100-80</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>08/2012</i>	Sueldo Inicial <i>\$1200.000</i>	Sueldo Final <i>\$1200.000</i>
Funciones realizadas <i>Arreglos eléctricos hidráulicos pintura. Monitoreo de grandes eléctricas, condensadoras monitoreo de ups. etc.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Liza Rodriguez</i>	Cargo <i>Supervisora</i>				
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 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>cld 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>25/10/2019</i>	Sueldo Inicial <i>\$900.000</i>	Sueldo Final <i>\$950.000</i>
Funciones realizadas <i>pintura, arreglos eléctricos, Sanitarios, inventarios, Transportes, etc.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Dagmar Maritza Cruz</i>	Cargo <i>Coordinadora Gestión Humana</i>				
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 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>3227366695</i>
2. Nombre <i>Esperanza Cárdenas</i>	Ocupación <i>empleada</i>	Dirección <i>B San Francisco</i>		Teléfono <i>3114513798</i>
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre <i>Mireya Gutiérrez</i>	Ocupación <i>Asesora</i>	Dirección <i>Cra 19 D B15 70 H10</i>		Teléfono <i>3045620973</i>
2. Nombre <i>Julián Canariz</i>	Ocupación <i>Independiente</i>	Dirección <i>Cáceres cond.</i>		Teléfono <i>3106965740</i>

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.		
<input checked="" type="checkbox"/> <small>Marque con una X</small>		

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 <i>Alvaro J. 79557871</i> C.C.
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

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 - BOGOTA D.C.
Paciente: MIGUEL ANTONIO CANARIA MACHUCA
Género MASCULINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 16/03/1972
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección KR 19 D BIS 70 8 SU
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79557871
Teléfono na **Móvil:** 3011584526
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

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 CORRECCIÓN ÓPTICA PARA LABORAR, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

CONCEPTO LABORAL

APTO 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
M.D. ESR Salud Ocupacional
LIC. EPI 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 "Freddy Ceballos Montaña".

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 186	SECRETARIA DE ESTADO

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
Cárdenas Falon	Neisy Xiomara		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
04/01/1985	San Marcos (Cundinamarca)		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
Colsubsidio # 94-41	Bogotá		
Teléfono	No. Celular		
	3143364957		
Correo electrónico	Nacionalidad		
rp6364016@gmail.com	Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
Oficinas Varios	Soltera	3 años	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 34951119	(**) 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?	Licencia de conducción N°	Categoría
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		



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.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Centro Aseo	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	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿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: <input type="checkbox"/> Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Nombre del arrendador Teresa	Teléfono 3132575388	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Por qué conceptos? Por Amendo, y por mis hijos	¿Cuánto es su aspiración salarial?		
¿Cuál es su principal afición? Práctica deporte	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

2021-01-24

Nombre de la empresa Centro ASEo	Actividad Económica	Dirección Crr 78 B#77-12			Teléfono(s) 3222030188	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OFICIOS Generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 23/03/23	A	Sueldo Inicial \$minimo	Sueldo Final \$minimo
Funciones realizadas ASEo y cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato Sandrina	Cargo Su Supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 contrato						

Nombre de la empresa LASSU	Actividad Económica	Dirección Crr 72 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 cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato claudia	Cargo Supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 contrato						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Ricardo Perez	Ocupación OFICIOS VARIOS	Dirección Cll 30d#94-41	Teléfono 3113460334
2.	Nombre Wils Carlos Flórez	Ocupación OFICIOS VARIOS	Dirección Cll 140d#94-41	Teléfono 3042354537
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Ana Teresa	Ocupación Amo de casa	Dirección Cll 30d#94-41	Teléfono 3132575388
2.	Nombre Maria del Carmen	Ocupación Amo de casa	Dirección Cll 30d#94-41	Teléfono 3002282669

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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Nelly Xiomara c.c. 34951119
--	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

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 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	NELSY XIOMARA CARDENAS FALON	Identificación:	34951119
Género	FEMENINO Edad: 39	Teléfono	NA Móvil: 3143364956
Fecha Nacimiento:	4/01/1985	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CL 130 D 94 41	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	COLFONDOS
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 BAJA.
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO 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. M." followed by a more fluid, cursive section.

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
27/2/2024	OP de Limpieza y Desinfección

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Cárdenas Sierra	Angela Viviana Cárdenas	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
8/18/07/1983	Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Cra 79 # 73 05 Sur	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
3213794807		
Correo electrónico	Nacionalidad	
AngelaCardenass Sierra@hotmail.com	colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Servicio	Soltera	15 años
DOCUMENTACION		
Extranjería:	(**) Libreta militar N°	Primera clase:
Expedida en: Bogotá	Distrito N°	Segunda clase:
Tarjeta profesional N°	Licencia de conducción N°	Categoría
¿Tiene vehículo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

FOTOGRAFIA
RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

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?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Servicio		Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	
¿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 type="checkbox"/>	Nombre
SI		SI	SI	Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
No		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?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
No			Jairo Rubio	31442248410 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
No		Millon C. en		
¿Por qué conceptos?		¿Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
VESTUARIO U. Venta alimentación		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		\$
¿Cuál es su principal afición?		ESQUCHAR MUSICA		¿Cuanto es su aspiración salarial?
¿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)?		\$ Minimo

99926635

7702124007813

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Cra 28 + 77 - 12		Teléfono(s) 60684333	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OP de aseo y cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/2022	Fecha Retiro 23/3/2023	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
Funciones realizadas Operaria de aseo y cafeteria					
Nombre de su jefe inmediato Cristian Arevalo	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 Terminacion de contrato					
Nombre de la empresa ZaiCarga	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 11/8/2022	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Jairo Yepes	Cargo Jefe inmediato				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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	Occupación	Dirección		Teléfono 3118510219
2. Nombre Melvi Lopez	Occupación	Dirección		Teléfono 3123690084
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Marylu Sierra	Occupación Hogar	Dirección		Teléfono 3125876553
2. Nombre Sandra Cardenas	Occupación 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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 107 (Legis)	Firma del solicitante Angela Cardenas C.C. 32759800
--	---	---

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

CC: 52759800

SIERRA

Edad: 40 **Sexo:** FEMENINO

Fecha de nacimiento: 18/07/1983

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:16:21

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha salida: 2024-03-13 / 01:16:21

Empresa usuaria:

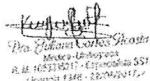
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



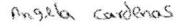
Las presentes recomendaciones se expedirán con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

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


Dr. Katherin Juliana Cortes Acosta
Medico - Unidad de Salud SG-SST
R.R. 1053335217 - C.I. 52759800
Cédula F.F. 3202402517, /

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


Angela Viviana 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Freddy Ceballos Montaña".

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 2024	Auxiliar de Asao y Cafeteria.

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Chaparro Mora		Nombre(s) del aspirante Gloria Espananza		
Fecha de nacimiento D 26 M agosto A 1971	Lugar de nacimiento Bogotá	Ciudad Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio	Teléfono 313 2452944			
Número Celular		Correo electrónico g.espera2385@hotmail.com		
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Casada		Años de experiencia laboral 10 años
DOCUMENTACION				
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 alcanzó 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Independiente <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato		
¿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"/> Dependencia	Nombre
¿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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> Nombre del arrendador ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Maria Beltrón	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 21 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? \$ 800.000		
¿Por qué conceptos? Pago arriendo, servicios otros.	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Mínimo legal.			
¿Cuál es su principal afición? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	¿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)?				

99926335

7 42120700487813

Nombre de la empresa Eminser S.A.S	Actividad Económica	Dirección Cra 21a # 159-35			Teléfono(s) 6719208	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 22 M 1 2018	Fecha Retiro D 28 M 2 2019	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo	
Funciones realizadas asco de oficinas - asco baños, reparto de cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato Sandra Pilena Suarez	Cargo Jefe inmediato					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? termino inferior a un año		
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 Asco	Actividad Económica	Dirección Cra 28b n-77-12			Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 3 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 3 23	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo	
Funciones realizadas asco de baños, limpieza pisos, Desinfección de oficinas						
Nombre de su jefe inmediato Sandrini L. - Adriana Duzano.	Cargo Supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? 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 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 El 13C S # 8203 Etapa 3133136883	Teléfono
2.	Nombre José Antonio Barragán	Ocupación Periodista de oficina Gráfica	Dirección Artes Buecas. Cáliz	Teléfono 3142964094
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Yessyany Becerra	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3118743574
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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



Marca con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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 § 105º (Legis)	Gloria Sepulveda Chacón C.C. 52112939 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
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- FROTIS FARINGEO
- 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 presenta la valoración.



Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
H.A.C. 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. M.' or a similar variation.

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 MANTEENICANTO JARDINERO
--------------------	---

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante CITIPATACOA	Nombre(s) del aspirante Cesar Arturo
Fecha de Nacimiento 01 M 07 A 69	Lugar de Nacimiento BOGOTÁ D.C.
Dirección domicilio / Barrio CALLE SOC N° 12362 SUR EL CONSEJO	Ciudad BOGOTÁ D.C.
Teléfono 3158403943	No. Celular 3158403943
Correo electrónico naupchipa@gmail.com	Nacionalidad COLOMBIA NO
Profesión, ocupación u oficio JARDINERIA - MANTENIMIENTO	(*) Estado civil SEPARADO
Años de experiencia laboral 8 AÑOS	
DOCUMENTACION	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 79510190	(**) Libreta militar N° 79510190
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Primeras clase: <input type="checkbox"/>
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, He un curso de electricidad básica en el SENA.
 soy Jardineria - MANTENIMIENTO, llevo 8 años en esta labor. Me considero una persona que hace las cosas bien para que el cliente se sienta satisfecho. Cada día trae ese mejoramiento gracias a Dios.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? SERVICIOS PÚBLICOS	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> OBRA LABORAL		
¿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"/> Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿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? \$ 7.550.000		
¿Por qué conceptos? TRANSPORTE, ALQUILER DE EQUIPO Y GASTOS PERSONALES	¿Cuánto es su aspiración salarial?			
¿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)?				

Nombre de la empresa	LASO S.A.S		Actividad Económica	S.A.S		Dirección	CRA 74 N. 510 A 2		Teléfono(s)	3174048863			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	JARDINERO		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	\$ 1.000.000	Sueldo Final	\$ 1.000.000				
Funciones realizadas	GUARDAR, ARREGLAR ANIMALES - CULTIVAR CON EL DESTIENO Y SEMBRAR DE PLANTAS EN LA HUERTA												
Nombre de su jefe inmediato	Doris Manuela Rodriguez		Cargo	DIRECTOR RECURSOS HUMANOS									
Logros obtenidos	REGULARIZACION DEL ALQUILER 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"/>	¿Cuál?	Largo			
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	SE TERMINA EL CONTRATO OBRA LARGA.												

Nombre de la empresa	EASY CLEAN		Actividad Económica	S.A.S		Dirección	CRA 74 N. 20 b 74		Teléfono(s)	601-7432060			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	JARDINERO		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	\$ 1.100.000	Sueldo Final	\$ 1.100.000				
Funciones realizadas	GUARDAR, PONER PLANTAS, ARREGLAR Y TRASPLANTAR ANIMALES. MEJORAMIENTO DEL HUERTA Y A CADA ESTACION EN OBRA.												
Nombre de su jefe inmediato	SUSANA CASTILLO		Cargo	DIRECCION RECURSOS HUMANOS									
Logros obtenidos	EL PUNTO DEL MUNDO JO BUEGO BONITO, MAS MEJORAS DE GUARDIANS Y PONER LAS PLANTAS 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"/>	¿Cuál?	OBRA LARGA			
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	SE ACABO EL CONTRATO												

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	William Rodriguez	Ocupación	
2.	Nombre		Dirección	
			Teléfono	3175388465

Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

1.	Nombre	ROBERTO CHIA RECIA	Ocupación	CONTRATISTA	Dirección		Teléfono	3214762616
2.	Nombre	Orlando Chia Recia	Ocupación	Electricista	Dirección		Teléfono	3118564465

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



Marque con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	 c.c. 70156190

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



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
Paciente: CESAR ARTURO CHIPATECUA CUBILLOS
Género: MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 1/07/1969
Estado Civil: SEPARADO
Dirección: CL 50 C 12 B 32 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79510190
Teléfono: na **Móvil:** 3158403943
Cargo: JARDINERO
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION 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 ESTRÍCTO 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		

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. Gómez Cuitiva

Dra. Andrea Gómez Cuitiva
Médico Especialista en Salud Laboral
Línea: 12798
C.C. 1026260179

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



Chipatecua



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 "Freddy Ceballos Montaña".

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 14 M 03 A 24	Operaria Aseo

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Castellanos Sarmiento	Angie Irízeth	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
D 21 M 07 A 1991	Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Calle 69 bbis sur # 18-27	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
3222024163	3222024163	
Correo electrónico	Nacionalidad	
ang-irizeth @ hotmail.com	colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Operaria Servicios Generales	Unión libre	40 Años
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1033736024	(**) 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?	Licencia de conducción N°
	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

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
		Servilimpieza	Obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D M A	Nombre
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"/>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		
		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		¿Cuál?
		Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
¿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	Teléfono
		Cercado Ruiz		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿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?	
			\$ 1200.000	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial?			
Arriendo, Servicios, Alimentación, Recreación, y demás				El asignado
¿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)?			

492023475



Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Carrera 28 B# 79-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 20 A 22 D 23 M 03 A 23	Fecha Retiro	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
Funciones realizadas Operaria Aseo y cafeteria					
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Flarrugo	Cargo Supervisora				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
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 JASU	Actividad Económica	Dirección Cra 74 F 51-43		Teléfono(s) 7498299	
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 \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
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? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
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 1B # 98-25	Teléfono 3235178891
2.	Nombre Deicy Katherine Susper	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Blanca Nubia Sarmiento	Ocupación Empleada	Dirección Calle 69 D 18-22	Teléfono 3133669790
2.	Nombre Wendy Johanna Castibano	Ocupación Empleada	Dirección Calle 61 D 18-27	Teléfono 3044111543

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 Angie castibano c.c. 1033736064
---	---	--

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

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 presenta la valoración.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUENLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Freddy Ceballos Montaña'.

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
01/03/2018	Analista de Sistemas

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante De la Croz Rivera	Nombre(s) del aspirante Solmary
Fecha de nacimiento 10/02/1985	Lugar de nacimiento Ariguaní Magdalena
Dirección domicilio / Barrio Cra 37 # 33-46 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 general de la Unión Libre	(*) Estado civil
DOCUMENTACIÓN	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1082243640	(**) Libreta militar No.
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Ariguaní	Distrito No.
Tarjeta profesional No.	Licencia de conducción No.
¿Tiene vehículo? Sí <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

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serviclimpieza	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 type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 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? Trabajar y leer	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El Minimo		
¿Cuál es su principal afición? Trabajar y leer	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Caminar y trotar		
¿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)?			

190067152



7 702124 007813 >

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de areas a desempeñar		23/05/2022	23/03/2023	\$160.000	\$1207.000
Nombre de su jefe inmediato Astrid carolina sánchez	Cargo supervisora				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? 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					

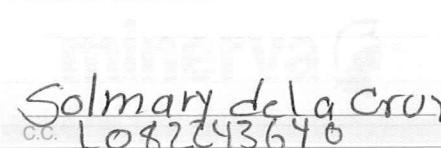
VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

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		D M A	D M A	\$	\$
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos					
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? 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 Montaño Nombre	Ocupación Empleado Ocupación	Dirección Madrid Dirección	Teléfono 3125373445 Teléfono
2. Nombre Luxely ortega	Ocupación Aux Administrativo Candelaria	Dirección	Teléfono 3115413316
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre Arquides Aguas Nombre	Ocupación Oficial de obra Ocupación	Dirección Ciudad Verde Dirección	Teléfono 3106020338 Teléfono
2. Nombre Nilson Rivera	Ocupación Independiente	Dirección Ciudad Verde	Teléfono 3132934448
Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. <input type="checkbox"/> <small>Marque con una X</small>			

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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).	 C.C. 1082243640

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



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
Paciente: SOLMARY DE LA CRUZ RIVERA
Género: FEMENINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 10/02/1985
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: KR 37 33 45
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1082243640
Teléfono: NA Móvil: 3122967721
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
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	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

APTO 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
----	---------------------------

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 'Freddy Ceballos Montaña'.

**FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Díaz Rivera</i>	Nombre(s) del aspirante <i>Yorena Patricia</i>
Fecha de nacimiento <i>17 05 1976</i>	Lugar de nacimiento <i>Sinclair Sucre</i>
Dirección domicilio / Barrio <i>Kr. 56 # 162A-34 corralito</i>	Ciudad <i>Bogotá</i>
Teléfono <i>3205662589</i>	Nº. Celular <i>3205662589</i>
Correo electrónico <i>Yorena.Patricia.1976.17@gmail.com</i>	Nacionalidad <i>colombiana</i>
Profesión, ocupación u oficio <i>Oficios varios</i>	(*) Estado civil <i>Soltera</i>
DOCUMENTACIÓN	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <i>64577288</i>	(**) Libreta militar No. Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:
Tarjeta profesional No.	Distrito 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 vigencia me considero una persona Responsable y muy cumplida con mi trabajo soy Respetuosa con mis compañeros y Jefes y cumple con mis labores asignadas

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <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? 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 type="checkbox"/> Nombre Dependencia
¿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 type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Nombre del arrendador <i>Manuel Gomez</i>	Teléfono <i>3103992412</i>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>3 AÑOS</i>
¿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? <i>\$ 750.000</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Alimentación y siendo Transporte</i>	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>\$ 61.000.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? Sí <input 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)?		

120008717



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

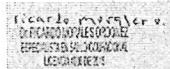
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
- FROTIS FARINGEO

CONCEPTO DE APTITUD:

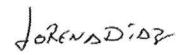
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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 ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico



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 Unión 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 "Freddy Ceballos Montaña".

FREDY CEBALLOS MONTAÑA
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

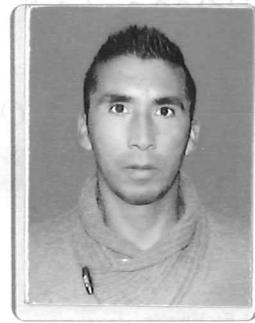
Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<i>Operario de Mantenimiento</i>

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
<i>Díaz Buitrago</i>	<i>Jose Fernando</i>	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
D 6 M 10 A 1968	<i>Bogotá</i>	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
<i>Calle 41 sur # 12 J 24 San Jorge</i>	<i>Bogotá</i>	
Teléfono	No. Celular	
	<i>3228612637 / 3132783197</i>	
Correo electrónico	Nacionalidad	
<i>Fernando.45.diaz12@gmail.com</i>	<i>Colombiano</i>	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
<i>Auxiliar mantenimiento</i>	<i>Union Libre</i>	<i>18 años</i>
DOCUMENTACION		
(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <i>79.464.373</i>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Bogotá</i>	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°
	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

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	<i>Serulimpieza</i>	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?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre
				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre		¿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	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
			<i>Eugenia Moeno</i>	<i>3144642879</i>	<i>3 años</i>
¿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?	
				<i>\$ 1'000.000</i>	
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto es su aspiración salarial?	
<i>Arriendo, Alimentación, Servicios Publicos.</i>				<i>Asignado</i>	
¿Cuál es su principal afición?	<i>Futbol</i>	¿Practica algún deporte?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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)?					

Nombre de la empresa Serviaseos S.A.	Actividad Económica Cra 54 # 17 - 71	Teléfono(s) 3352220			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar mantenimiento	Área del cargo 28 M 3 18	Fecha Ingreso 10 M 10 18	Fecha Retiro 	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
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? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 1 año		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
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 Vencimiento de contrato					

Nombre de la empresa Summar Procesos	Actividad Económica call center 4ncs	Dirección 6540999				Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios varios	Área del cargo 19 M 10 21	Fecha Ingreso 09 M 09 22	Fecha Retiro 	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo	
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? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 1 año		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 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 Escarraga	Ocupación Vigilante	Dirección	Teléfono 3138594841
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Maria Molina	Ocupación Hogar	Dirección	Teléfono 3137783197
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 mi, 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. 29464387
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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 - BOGOTA 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

Dra. Jennifer Cavanzo Poveda
M.D. E.S.A Salud ocupacional
LIC. E9 7700/2014
U. Salarias - UNE

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.

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Figuene curion Sandra Yamile	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
D 15 M 02 1981	Bogotá Dc.
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
tu 18 J B J N 7103150	Bogotá Dc.
Teléfono	No. Celular
7656119	3222872318
Correo electrónico	Nacionalidad
Sandia.figuene@hotmail.es	colombia
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
Servicios Generales	Sotera
DOCUMENTACION	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1026256911	(**) Libreta militar N°
Extranjería: <input type="checkbox"/>	Expedida en:
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Licencia de conducción N°
	Categoría
	Años de experiencia laboral 9 años



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 dia mucho mejor para poder
obtener lo que me propongo

II. INFORMACION 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 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"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿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? Sí <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual Alimentacion Servicios-vestuario	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 7 años	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 850.000		
¿Cuál es su principal afición? trabajar.	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Lo Asignado	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

913340817

7702124007313

Nombre de la empresa Losu	Actividad Económica	Dirección cra 74 15102			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? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra Labor				
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 D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	Fecha Retiro D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$	
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato	Cargo					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra 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						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Sandra Figueira c.c. 3026256911
---	---	--

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

Edad: 37 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

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

Empresa usuaria:

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

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

:

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 presenta la valoración.


Dr. Karla Lisbeth Canelón
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD MENTAL
R.M. 1094861739

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


Sandra Yamile Fuquene

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 "Freddy Ceballos Montaña".

**FREDDY 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



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 - BOGOTA 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
Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Medico Especialista en Salud Laboral
Licencia: 12798
C.C. 1026 260 179

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 'FREDY CEBALLOS MONTAÑA'.

FREDY CEBALLOS MONTAÑA
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
Juzmila	flórez Guirroga		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
26/09/1989	Guacamayo Santander		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
Cll 81 sur # 6 B este 30	Bogotá		
Teléfono	Nº. Celular		
3144530119	3204585475		
Correo electrónico	Nacionalidad		
lucisita.flerez26@gmail.com	Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
	Soltera	14 AÑOS	
DOCUMENTACIÓN			
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 encuentro 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? Servimimpres	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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Describalo e indique su valor mensual Venyomin	Nombre del arrendador	Teléfono 3125081321 2 Años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ el asignado	
¿Por qué conceptos?			
¿Cuál es su principal afición? el fútbol	¿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 702124007813

Nombre de la empresa Sentro ASco	Actividad Económica	Dirección Cra 28 b # 77-12			Teléfono(s) 3123514796	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios varios	Área del cargo Oficina	Fecha Ingreso 29/07/2020	Fecha Retiro 23/03/2023	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo	
Funciones realizadas areas comunas cafeteria baños trapear barrer limpieza en oficinas entre otros						
Nombre de su jefe inmediato Jonnet	Cargo supervisora					
Logros obtenidos experiencia laboral						
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? 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						

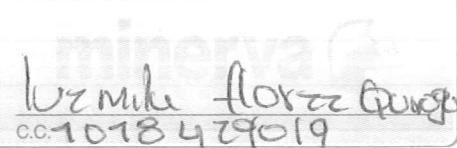
VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

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		D <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	\$ <input type="checkbox"/>	\$ <input type="checkbox"/>	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo									
Logros obtenidos										
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? 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 ibáñez	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3104202735
2.	Nombre Sandra garcia	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3134059398
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Kelly florez	Ocupación Amo de casa	Dirección	Teléfono 3185702111
2.	Nombre Gludis correa	Ocupación Amo de casa	Dirección	Teléfono 3132241211

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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).	 Luzmila Florez Quicq C.C. 1018479019

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

CC: 1018429019

Fecha de nacimiento: 26/09/1989

Edad: 34 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:18:03

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 08:55:41

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

:

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
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico



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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Freddy Ceballos Montaña".

**FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Operario aseo

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Fuentes Baldovino	Jorge Luis	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
04/03/82	Sampues (sucr)	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
11172abis Sur N 18 918	Bogota DC	
Teléfono	Nº. Celular	
	3102466990	
Correo electrónico	Nacionalidad	
emiliano.fuentesbaldovino@gmail.com	colombiano	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Operario aseo	Soltero	8 años
DOCUMENTACIÓN		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 92260161	(**) Libreta militar No.	Primer clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Sampues (sucr)	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"/> Independiente <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"/>	Fecha D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parentes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿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 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 Líndon Peña.	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 310 2564619 5 años.	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos? arriendo, alimentos, transportes, vestuario	¿Cuál es su principal afición? Escuchar música y leer.	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fútbol	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900000
¿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)? Concurso de baile y obras de teatro.	¿Cuál(es)?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1500.000	7 702124007813

Nombre de la empresa <i>Centro aseo</i>	Actividad Económica	Dirección <i>cr 286 N° 77-12</i>			Teléfono(s) <i>4849120</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario aseo</i>	Área del cargo <i>Alcaldia</i>	Fecha Ingreso <i>20/10/22</i>	Fecha Retiro <i>23/03/23</i>	Sueldo Inicial <i>\$ minimo</i>	Sueldo Final <i>\$ minimo</i>
Funciones realizadas <i>descaneado de punto seco, Borrado de parquedas.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Yaneth.</i>	Cargo <i>Supervisora</i>				
Logros obtenidos <i>Aceptados.</i>					
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? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	<i>obra a labor</i>			
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 <i>Voluntario.</i>					

Nombre de la empresa <i>Durck</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Tranv 93 N 51-98.</i>			Teléfono(s) <i>7470547.</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario aseo</i>	Área del cargo <i>30/01/2013</i>	Fecha Ingreso <i>13/11/20</i>	Fecha Retiro <i>\$ minimo</i>	Sueldo Inicial <i>\$ minimo</i>	Sueldo Final
Funciones realizadas <i>aseo y desinfección de oficinas, Limpieza de Vidrios.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Alejandra hernandez</i>	Cargo <i>Supervisora.</i>				
Logros obtenidos <i>Aceptados.</i>					
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? 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 <i>Voluntario.</i>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre <i>Diego Rubio</i>	Ocupación <i>Operario aseo</i>	Dirección <i>soacha.</i>	Teléfono <i>3203603488</i>
2.	Nombre <i>Lindon pena.</i>	Ocupación <i>Operario aseo.</i>	Dirección <i>el 72ab is surralle</i>	Teléfono <i>3102564619</i>
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <i>Ana lucia florez</i>	Ocupación <i>asesora en cloro</i>	Dirección <i>el 72ab is surralle</i>	Teléfono <i>3046322417</i>
2.	Nombre <i></i>	Ocupación <i></i>	Dirección <i></i>	Teléfono <i></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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <i>Jorge Luis fuente B</i> C.C. <i>92260161</i>
---	---	--

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 **CC:** 92260161**Fecha de nacimiento:** 04/03/1982 **Edad:** 42 **Sexo:** MASCULINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-13 / 07:20:42**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-13 / 07:20:42**Cargo:** OPERARIO DE MANTENIMIENTO

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 presenta la valoración.



EDWIN BOLÍVAR 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 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
JORGE LUIS FUENTES BALDOVINO	C.C.	92,260,161	18/03/2024

Cordialmente,

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

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
15 | M 03 | A 24

Empleo o cargo al que aspira

Operaria de Aseo

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante
Gómez Ortiz

Nombre(s) del aspirante
Geraldine

Fecha de nacimiento

30 | M 03 | A 95 Bogotá

Lugar de nacimiento

Dirección domicilio / Barrio

c11 43F 27F 10E

Ciudad

Soacha

Teléfono

No. Celular

323 3323634

Correo electrónico

lrelihate@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Operaria de Aseo

(*) Estado civil

Soltera

Años de experiencia laboral

8 años

FOTOGRAFIA
RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía:

Nº 1018654628

(**) Libreta militar N°

Primera clase:

Extranjería:

Expedida en: Bogotá

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción N°

Categoría

Si No

Si <

Nombre de la empresa Easy Clean	AActividad Económica Area	Dirección Diag 74B # 20B -74	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Area	Área del cargo Registradria	Fecha Ingreso 0220111	Sueldo Inicial \$
Funciones realizadas Limpiar, barrer, maquiniar, trapiado y Cafeteria.	Fecha Retiro A	Sueldo Final \$	
Nombre de su jefe inmediato Andres Segura.	Cargo Jefe		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
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"/>	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro Voluntario			

Nombre de la empresa	AActividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Sueldo Inicial \$
Funciones realizadas			Sueldo Final \$
Nombre de su jefe inmediato	Cargo		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <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"/>	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	Teléfono 320 411 3250	
2. Nombre Yeraldin Ardila	Ocupación Aux Administrativa	Dirección	Teléfono 319 386 2449	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Delfa lucia Ortiz	Ocupación Ama de casa	Dirección	Teléfono 322 812 3238	
2. Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono	

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

Marca con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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)	Geraldine Gomez 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**CC:** 1013657628**Fecha de nacimiento:** 30/03/1995**Edad:** 28 **Sexo:** FEMENINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-12 / 02:32:00**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-12 / 02:41:08**Cargo:** OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

EXÁMENES REALIZADOS

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

- FROTIS FARINGEO

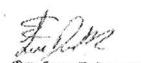
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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
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 'Freddy Ceballos Montaña'.

**FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	<i>Servicio</i>

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
<i>Giraldo Carrillo</i>	<i>Jairo Alvaro</i>	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
<i>06/01/1987</i>	<i>Bogotá D.C.</i>	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
<i>Calle 82 C sur # 78 Q - 70</i>	<i>Bogotá</i>	
Teléfono	No. Celular	
	<i>3112445026</i>	
Correo electrónico	Nacionalidad	
<i>Jairocarrillo7709@gmail.com</i>	<i>Colombiano</i>	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
<i>operario de mantenimiento</i>	<i>Soltero</i>	
Documento de identidad	Documento de identidad	(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <i>7.032.432.657</i>	(**) Libreta militar N° <i>7.032.432.657</i>	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Bogotá D.C.</i>	Distrito N° <i>52</i>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N° <i>1032432657</i> Categoría <i>2</i>
	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. Cumplidora con los deberes que le sean encargados, dispuesta a brindar el esfuerzo que sea requerido y a adquirir cualquier tipo nuevo conocimiento, versatil y muy diligente.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <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>obras labor</i>
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha <i>02/05/2017</i>	¿Conoce a alguien de esta empresa?
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre <i>Dependencia</i>		Nombre <i>obras labor</i>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
¿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 type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual			Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Por qué conceptos?					
¿Cuál es su principal afición?		Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <i>futbol</i>		
¿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

201241007813

Nombre de la empresa Centro ASEO	Actividad Económica	Dirección cr285 #77-92		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de mantenimiento alcaldia	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/2022	Fecha Retiro 19/03/2023	Sueldo Inicial \$ 1.160.000	Sueldo Final \$ 1.160.000
Funciones realizadas almacenamiento de bienes muebles electrónicos informaticos 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? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? otra 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 Empealme con otra empresa					

Nombre de la empresa casu	Actividad Económica	Dirección Carrera 7a #51-442		Teléfono(s) 9164687	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de mantenimiento alcaldia	Área del cargo	Fecha Ingreso 20/04/2021	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas almacenamiento de bienes muebles electrónicos informaticos y mobiliario; Arreglos locativos					
Nombre de su jefe inmediato Fredy Guzman	Cargo	Supervisor			
Logros obtenidos Experiencia en manejo de inventarios					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? otra 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 Empealme con otra empresa					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre Dixley Katherine Giraldo	Ocupación Independiente	Dirección C1182C sur #78070	Teléfono 3058439967	
2. Nombre Fabio Giraldo	Ocupación Guardia Seguridad	Dirección C1182C sur #78070	Teléfono 3125394871	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Maria Jenifer Prada	Ocupación Secretaria General	Dirección Krr 8 # 70-65	Teléfono 3005545030	
2. Nombre Edgar avila	Ocupación	Dirección Krr 8 # 70-65	Teléfono 3112044287	

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.	
<input checked="" type="checkbox"/>	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. 7032432657.
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



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

APTO 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

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 "F. C. M." or a similar variation.

FREDY CEBALLOS MONTAÑA
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
15.03.2024	operario de mantenimiento

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Gómez Uribe	Carlos Mario
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
28.08.1990	Medellín (La Guajira)
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Cra 870 # 35b sur - 55	Bogotá
Teléfono	No. Celular
	3203703662
Correo electrónico	Nacionalidad
cg4684809@gmail.com	Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
operario de mantenimiento soltero	
DOCUMENTACION	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1016028720	(**) Libreta militar N° _____
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N° _____
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? _____
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
	Licencia de conducción N° _____
	Categoría _____
Años de experiencia laboral	
4 años	



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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Nombre _____	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 _____	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	D M A	¿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? <input type="checkbox"/> <i>empalme</i>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <i>Marina Gómez</i>	Teléfono _____
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual <i>Arriendo Servicio y otros cosas</i>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>20 años</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Arriendo Servicio y otros cosas</i>	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ <i>A/C</i>	
¿Cuál es su principal afición? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <i>¿Cuál(es)?</i>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>A/C</i>		
¿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)?			

Nombre de la empresa centro Aseo	Actividad Económica minimo	Dirección CRA28B#77-12		Teléfono(s) 4049120	
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 minimo	Sueldo Final minimo
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Yuneth FUSA	Cargo Jefe				
Logros obtenidos operario de mantenimiento					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál? 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 Finalización de contrato					

Nombre de la empresa Empieza Institucional S.A	Actividad Económica minimo	Dirección CRA74#51A-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 minimo	Sueldo Final minimo
Funciones realizadas					
Gestor de Aseo y cafetería					
Nombre de su jefe inmediato Doris Rodriguez	Cargo Recursos humanos				
Logros obtenidos Gestor de Aseo y cafetería					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál? 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 Finalización de contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1.	Nombre Liceth Jurado	Ocupación casa familia	Dirección C1159#860-82	Teléfono 3013533480	Teléfono 3013533480
2.	Nombre José David Morales	Ocupación mantenimiento	Dirección La Victoria	Teléfono 3013188848	Teléfono 3013188848
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Maria Vivero	Ocupación casa familia	Dirección C1159#860-82	Teléfono 3143119949	Teléfono 3143119949
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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Centro elvino Gomez 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**CC:** 1016028720**Fecha de nacimiento:** 28/08/1990**Edad:** 33 **Sexo:** MASCULINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-14 / 07:12:52**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-14 / 07:15:52**Cargo:** OPERARIO DE MANTENIMIENTO

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

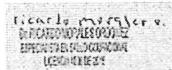
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

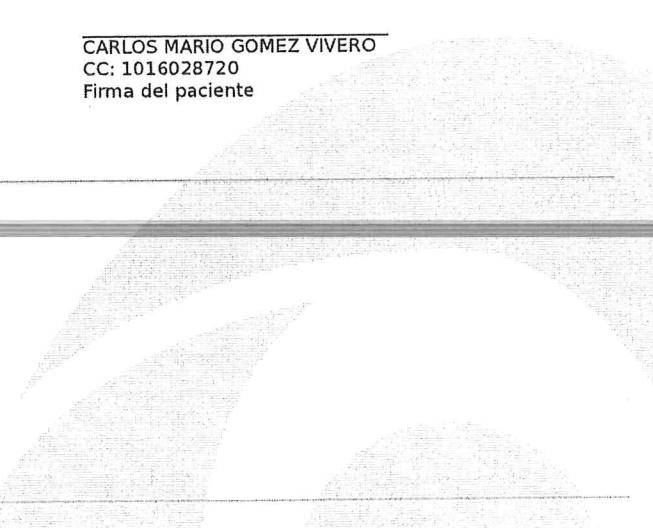
RECOMENDACIONES:

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 presenta 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 'Freddy Ceballos Montaña'.

FREDDY CEBALLOS MONTAÑA
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.