



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Gomez	Nombre(s) del aspirante Martha Rubiela	 FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3x4 cms.
Fecha de nacimiento D 25 M 04 A 1971	Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio Calle 17 # 38 - 168	Ciudad Soacha	
Teléfono	No. Celular 311 258 10 04	
Correo electrónico Carito-chikis-98@hotmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria Servicios Generales	(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 18 años
DOCUMENTACION (***) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 39798258	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Persona integra Con estudios primarios, con experiencia en servicios generales, servicio de cafetería limpieza y desinfección de áreas comunes, comprometida y responsable con sus obligaciones.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? ServiLimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/>		
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Enpalme		
¿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	Nombre del arrendador Enrique Gomez	Teléfono 310 8801598	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 9 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.250.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, Transporte				¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ 1.500.000
¿Cuál es su principal afición? Deporte	Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ciclismo		
¿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)?				

99926635

7170212410078

Nombre de la empresa Centro asco. SAS	Actividad Económica Servicios Generales	Dirección Cra 28 b # 77-12			Teléfono(s) 606 84 33
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Servicios Generales	Área del cargo	Fecha Ingreso D 29 M 04 A 2021	Fecha Retiro D 23 M 03 A 2023	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1.160.000
Funciones realizadas Atención al funcionario, aseo y desinfección de áreas comunes.					
Nombre de su jefe inmediato Sandrinny	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"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" 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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación de contrato					

Nombre de la empresa Seiso	Actividad Económica Servicios Generales	Dirección Cra 69 N° 32C-24			Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y desinfección	Área del cargo	Fecha Ingreso D 22 M 04 A 2020	Fecha Retiro D 14 M 04 A 2021	Sueldo Inicial \$ 908.000	Sueldo Final \$ 1.000.000
Funciones realizadas Limpieza de áreas Comunes y Oficinas					
Nombre de su jefe inmediato Johana Gonzales	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"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" 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 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 Viliana Mican	Ocupación Operaria	Dirección		Teléfono 319 334 57 50
2. Nombre Leidy Murillo	Ocupación Estudiante	Dirección		Teléfono 321 239 7448
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Carolina Huerfano G.	Ocupación Empleada	Dirección Cra 17 # 38-168	Teléfono 319 697 00 33	
2. Nombre Carlos Huerfano G.	Ocupación Empleado	Dirección Cra 2b # 101-34 sur	Teléfono 321 445 71 38	

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 W. Calleja Gomez C.C. 39798258 D/T
---	--	---

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

 SEDE: CENDIATRA NORTE 86

 DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

© CIUDAD DE LA SERE: BOGOTÁ

 TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

 EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: MARTHA RUBIELA GOMEZ

Fecha de nacimiento: 25/04/1971

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 39798258

Edad: 52 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 /

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 08:18:55



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO
 - 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.


Dr. Esteban B. Alvarado C.
Ministro de Educación en
Salud Olímpica
150-2015-06-29-2017

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

Shelly Morris

MARTHA RUBIELA GOMEZ
CC: 39798258
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 Aguacatalá - 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
RUBIELA GOMEZ MARTHA	C.C.	39,798,258	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.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

15 03 2024

Empleo o cargo al que aspira

Operaria De Coseo

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

Garcia Fonseca

Nombre(s) del aspirante

Sandra Liliana



Fecha de nacimiento

11 05 1991

Lugar de nacimiento

Gameza

"Boyaca"

Dirección domicilio / Barrio

Calle 33 sur #13 d-19 Granjas Samperio

Ciudad

Bogota

Teléfono

313 4059398

No. Celular

Correo electrónico

Sandra081816@gmail.com

Nacionalidad

Colombiana

Profesión, ocupación u oficio

Operaria de coseo

(*) Estado civil

Union libre

Años de experiencia laboral

6 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía:

 N° 1.031.132.769

(**) Libreta militar N°

Primera clase:

Extranjería:

 Expedida en: Bogota

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción N°

Categoría

Nombre de la empresa Casa Familo	Actividad Económica Oficios varios	Dirección Carrera 8 # 170 - 26			Teléfono(s) 31533508267	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Limpieza Hogar y niñera	Área del cargo Hogar	Fecha Ingreso D 15 M 09 A 2020	Fecha Retiro D 03 M 10 A 21	Sueldo Inicial \$ SML	Sueldo Final \$ SML	
Funciones realizadas Limpieza hogar, velar por el bienestar del Menor.						
Nombre de su jefe inmediato Jhana Leon	Cargo Jefe					
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 checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro Voluntario						
Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica Op Aseo	Dirección calle 686d # 30 - 21			Teléfno(s) 3012143562	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de servicios Generales Oficinas	Área del cargo D 24 M 03 A 23 D M A	Fecha Ingreso D 24 M 03 A 23 D M A	Fecha Retiro D 24 M 03 A 23 D M A	Sueldo Inicial \$ SML	Sueldo Final \$ SML	
Funciones realizadas Desinfección y limpieza de la area en General.						
Nombre de su jefe inmediato Daniel Infante	Cargo Supervisor					
Logros obtenidos Conocimiento						
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						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1. Nombre Alba Luz Reyes	Ocupación Niñera	Dirección Calle 40 sur # 16-30		Teléfono 3233313808	
2. Nombre Estiben Reyes Moroquín	Ocupación Mensajero	Dirección Calle 40 sur # 16-30		Teléfono 3052937012	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1. Nombre Daniel Alfonso R.	Ocupación Desarrollador BI	Dirección Calle 33 sur # 13-19		Teléfono 3223612231	
2. Nombre Maria del carmen F.	Ocupación Hogar	Dirección Calle 33 sur # 13-19		Teléfono 3106952998	

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 Sandra Garcia F. C.C. 1031.132.769
---	--	--



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 LILIANA GARCIA FONSECA CC: 1031132769

Fecha de nacimiento: 11/05/1991

Edad: 32 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:08:20

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 01:08:20

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

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

DIETA BALANCEADA

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ANUAL

OTRAS::

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
GERIATRA ESPECIALISTA
R.M. 1094861739

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

Sandra Liliana Garcia Fonseca

SANDRA LILIANA GARCIA
FONSECA
CC: 1031132769
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
SANDRA LILIANA GARCIA FONSECA	C.C.	1,031,132,769	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. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Guerero chisaca	Adriano Rocio
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D 16 M 05 A 1991	Bogotá
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Kra 91 # 161 -20 Int-2	Bogota
Teléfono	Nº. Celular
	3217036234
Correo electrónico	Nacionalidad
adryguerrero1226@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio auxiliar de cafetería y servicios generales	(*) Estado civil
	Soltera
	Años de experiencia laboral
	8 años
DOCUMENTACIÓN	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1019060189	(**) Libreta militar No.
Extranjería: <input type="checkbox"/>	Expedida en:
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

Quiero seguir dando lo mejor de mí para así poder brindarles a mis hijos una mejor calidad de vida y así desempeñarme laboralmente con la mejor potencia que llevo hasta el día de hoy.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <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? Sí <input 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"/> Helena Ruiz	Teléfono 3118593184	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ El mínimo	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El mínimo		
¿Cuál es su principal afición?	¿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)?			

09633680

7 702124 007813

Nombre de la empresa Laso	Actividad Económica	Dirección Carrera 74 # 51 a -42		Teléfono(s) 3174048863
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafetería mopear barres	Área del cargo	Fecha Ingreso D 06 M 04 2012	Fecha Retiro D 30 M 09 2024	Sueldo Inicial \$ 1'000.000
Funciones realizadas cafeterico y cocinar, mopear, barres, lavado de baños - e.t.c				Sueldo Final \$ 1'000.000
Nombre de su jefe inmediato Claudia Rodriguez	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"/> 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 type="checkbox"/>				
Motivo del retiro terminación de contrato				
Nombre de la empresa Centro uso	Actividad Económica	Dirección Carrera 28 B # 77 -12		Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafetería y servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 2022	Fecha Retiro D 28 M 03 2023	Sueldo Inicial \$ 1'160.000
Funciones realizadas cafetería, mopear, barres, trapear, desanear, limpia de oficinas - e.t.c				Sueldo Final \$ 1'160.000
Nombre de su jefe inmediato Sandra	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"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de contrato				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Ruth Gonzales Quintero	Ocupación Servicios generales	Dirección	Teléfono 3155960977
2.	Nombre edwar Galindo	Ocupación Guardia de Seguridad	Dirección	Teléfono 3009683045

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

1.	Nombre Hortica Andrea Guevara	Ocupación Servicios generales	Dirección	Teléfono 3208162312
2.	Nombre Diana marcela Guevara	Ocupación enfermera	Dirección	Teléfono 3202683452

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 1019060189
---	---	---



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: ADRIANA ROCIO GUERRERO
CHISABA
Fecha de nacimiento: 16/05/1991
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1019060189
Edad: 32 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 12:25:45
Fecha salida: 2024-03-13 / 12:56:17



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 presentó la valoración.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUERVO
ALVAREZ
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1032 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

ADRIANA ROCIO GUERRERO
CHISABA
CC: 1019060189
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
ADRIANA ROCIO GUERRERO CHISABA	C.C.	1,019,060,189	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.



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 28 M 02 A 2024	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante GIRALDO LOPEZ	Nombre(s) del aspirante LUZESTELA	
Fecha de nacimiento 28 / 10 / 1986	Lugar de nacimiento SANTA ROSA DE OSBURN	
Dirección domicilio / Barrio Km 4 ESTE # 163 46 SANTA CECILIA BOGOTÁ	Ciudad BOGOTÁ	
Teléfono 3046685698	Nº. Celular 3046685698	
Correo electrónico LUZESTELA1977@gmail.com	Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio OPERARIA DE SESE CAFETERÍAS	(*) Estado civil UNION LIBRE	Años de experiencia laboral 0 AÑOS
DOCUMENTACIÓN		
(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1020727061	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/>	Expedida en: _____	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- PEREIRIL LABORAL

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

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral
SOY UNA PERSONA FUICIAS RESPONSABLE DISCIPLINADA Y TRABAJADORA

III INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <i>Servicio Pieza</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <i>Mediato</i>
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Habitación</i>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual <i>Mínimo</i>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>30 años</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Arriendo alquileración servicios y vestuario</i>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <i>\$ 800.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>Acordado</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)?			

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

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre <i>Johana Garson</i>	Ocupación <i>Personas de Ases</i>	Dirección <i>calle 191A #48 30</i>	Teléfono <i>3142370561</i>
2.	Nombre <i>Cristina Ruiz</i>	Ocupación <i>Oficinas varios</i>	Dirección <i>calle 163 #410 este</i>	Teléfono <i>3015604257</i>
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <i>Viviana Giraldo</i>	Ocupación <i>Servicios Generales</i>	Dirección <i>correo y este 16346</i>	Teléfono <i>3142931483</i>
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 § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <i>Luz estrella Giraldo</i> C.C. 1020727067
---	---	--

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: LUZ ESTELLA GIRALDO LOPEZ

Fecha de nacimiento: 28/10/1986

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1020727061

Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 01:51:19

Fecha salida: 2024-03-12 / 03:16:32



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

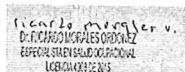
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH]+

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.



RICARDO MORALES ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

luz estella Giraldo

LUZ ESTELLA GIRALDO LOPEZ
CC: 1020727061
Firma del paciente



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Identificacion: 901677831
Número Afiliación: 9016312
Razón social: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

DATOS BÁSICOS

Nombre: LUZ ESTELLA GIRALDO LOPEZ
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 1020727061
Nombre Empresa en Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
Nombre Sucursal: SUCURSAL UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Nombre Centro de trabajo: CENTRO DE TRABAJO 2
Tasa de Riesgo: 1.044

NOVEDADES

Fecha Grabacion	Tipo Novedad	Fecha Inicio Novedad	Valor Anterior	Valor Actual	Origen
13/04/2024	INGRESO EMPLEADO	18/03/2024			PLANILLA DE RECAUDOS



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	Auxiliar Servicios generales

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Garzón Fibreza		Nombre(s) del aspirante Sandra Patricia	
Fecha de nacimiento D 10 M 07 A 1972	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Cra 12 b bis # 40-19 sur		Ciudad Bogotá	
Teléfono 3186774439	Nº. Celular 3186774439		
Correo electrónico samym2749@gmail.com	Nacionalidad Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Cajera, atención al Cliente, Oficina Virtual Unión libre	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral 20 años	
DOCUMENTACIÓN			(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52064422	(**) 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 checked="" 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 un persona responsable, puntual, con aspiraciones. Busco de superación y metas basadas en el logro de objetivos tanto profesionales como intelectuales. Aprendo rápido y me interesa cumplir adecuadamente mis responsabilidades para así poder enriquecer y conocimientos y habilidades

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servimpreza	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 Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Hania Solano	Teléfono 12 años
¿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? \$ 1100.000	
¿Por qué conceptos? Alimentación, vestuario, recreación	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lectura, deporte	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Asignado	
¿Cuál es su principal afición? Leer, deporte	¿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)?		

15410455

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Jonh Alejandro Tello Solano	Profesión, ocupación u oficio Mantenimiento	Empresa donde trabaja Colsubsidio
Cargo actual Auxiliar Mantenimiento	Dirección	Teléfono 3154390783
No. de personas que dependen económicamente de usted 4	Parentesco Mama e hijos	Edades 74, 17, 14, 12
Nombre(s) padre(s) Luis Enrique Gorán	Profesión, ocupación u oficio Pensionado	Teléfono(s)
Martha Inés Flórez	Hogar	3114688447
Nombre(s) hermano(s) Jhon Alexander Benítez	Profesión, ocupación u oficio Entrenador de fútbol	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD		
Primaria	5	5	Primaria	Misael Pastrana Berrendo	Bogotá		
Bachillerato Académico	X	6	Bachiller	Enrique Olaya Herrera	Bogotá		
Comercial							
Técnico							
Otro							
Educación Superior							
Técnico	X		Auxiliar Contable	Capacitación 2000	Bogotá		
Tecnológico							
Profesional							
Posgrados							
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución		
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución		
¿Cursa estudios actualmente?		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>						
Nombre de la institución				Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>		
					Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R=Regular (50 a 60%), B=Bueno (61 a 80%), MB=Muy Bueno (81 a 100%)							
Sistemas	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.	R <input checked="" type="checkbox"/> MB	3.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	
¿Qué programas maneja?			2.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	4.	R <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> MB	
Idiomas				Escucha	Lectura	Escritura	Habla
Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	1.	X <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
¿Qué idioma(s) conoce?			2.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa Servi limpieza	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de Servicios Generales	Área del cargo Calle 13	Fecha Ingreso 024 M03 A23 D	Fecha Retiro M A	Sueldo Inicial \$Minimo	Sueldo Final \$Minimo
Funciones realizadas Desinfección - Limpieza Polvo - Trapear - Decapar - Cafetería					
Nombre de su jefe inmediato Constan Arevalo	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input 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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					

Nombre de la empresa <i>Union Temporal Servicios Q.P</i>	Actividad Económica <i>Alimentos</i>	Dirección <i>Hospital Universitario Nuestra Señora de Lourdes</i>	Teléfono(s) <i>3904888</i>		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Cajera</i>	Área del cargo <i>Cajera</i>	Fecha Ingreso <i>01/12/2019</i>	Fecha Retiro <i>01/12/2020</i>	Sueldo Inicial <i>\$</i>	Sueldo Final <i>\$</i>
Funciones realizadas <i>Caja, inventarios, Pedidos, Ventas, atención al Cliente.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Ginna Martinez</i>	Cargo <i>Gerente general</i>				
Logros obtenidos <i>Tener una mejor experiencia en el cargo</i>					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? <i>¿Cuánto tiempo?</i>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <i>Contrato por medio de agencia</i>	
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>Voluntario</i>					

Nombre de la empresa <i>Cipres S.A.S</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Bru 67 N° 40-80</i>	Teléfono(s) <i>2615207</i>		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Auxiliar de Ambiente Físico</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>01/11/22</i>	Fecha Retiro <i>04/08/22</i>	Sueldo Inicial <i>\$ Mínimo</i>	Sueldo Final <i>\$ Mínimo</i>
Funciones realizadas <i>Desinfección, decapar, trapear - Oficinas Varios</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Amaly Garcia</i>	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? <i>¿Cuánto tiempo?</i>	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <i>Contrato por medio de agencia</i>	
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>Voluntario</i>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono		
1. Ana Cristina Palacios	Doctora Cardióloga	Fundación Santa Fe	323 4764428		
2. Cristian Borbon	Asesor Comercial	Banco Popular	3023443086		
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1. Tatiana Sanchez Gómez	Asesora Comercial		3153987853		
2. Margoth Fajardo	Comprw		3112351878		

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 § 1057 (Legis).	<i>Sandra Patricia Gómez</i> c.c. 52064422B.F.C.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 52064422-680264

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: SANDRA PATRICIA GARZON FLOREZ
Género: FEMENINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 10/07/1971
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 12 B BIS 40 19 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52064422
Teléfono: NA **Móvil:** 3186352054
Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERIA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: 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. IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN.

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)	

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
SANDRA PATRICIA GARZON FLOREZ	C.C.	52,064,422	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 D M A	Empleo o cargo al que aspira
----------------	------------------------------

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

Apellido(s) del aspirante Gomez Rodriguez	Nombre(s) del aspirante Marsol	
Fecha de nacimiento D 08 M 12 A 72	Lugar de nacimiento Bogota	
Dirección domicilio / Barrio calle 112 A bis. # 68 A - 59	Ciudad Bogota.	
Teléfono	No. Celular 3205686807	
Correo electrónico marsol_gomez1972@outlook.es	Nacionalidad Colombiana.	
Profesión, ocupación u oficio operaria. Servicios generales	(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral mas de 5 años.
DOCUMENTACION	(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52130077	(**) 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

Confiable- ayudante de limpieza con mas de 4 años de experiencia trabajando para empresas logrando mantener las areas de trabajo impecables. Especializada en limpieza de oficinas reconocido por ser personal de confianza.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input 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 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 Ligia Vargas.	Teléfono 3202137813
¿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? 2 años	
¿Por qué conceptos? Alimento, Alimentacion, Servicios	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.300.000	
¿Cuál es su principal afición? las Manualidades.	¿Cuál(es)?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El acordado	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		

99926635



Nombre de la empresa Easy Clean.	Actividad Económica	Dirección Diagonal 64 - 28 - 74			Teléfono(s) 746-7060
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria	Área del cargo	Fecha Ingreso Cade-En 2010 Dic 3 20	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas Mantenimiento oficina y áreas comunes.					
Nombre de su jefe inmediato Billy Hendaca	Cargo Supervisor				
Logros obtenidos Aprendí a atender funcionario y manejar maquina					
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 cumplimiento del contrato.					
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfno(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? 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 Angelika Vasques. Nombre	Ocupación Operaria.	Dirección Zoadna.	Teléfono 3213069232	
2. Nombre Adriana Sacamillo. Nombre	Ocupación Operaria.	Dirección Villas del Dorado	Teléfono 3125406945	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Espain Gomez. Nombre	Ocupación Lider ejecutiva.	Dirección Castilla.	Teléfono 3182778346	
2. Nombre Emency Gomez	Ocupación Operaria.	Dirección La Florida.	Teléfono 3188451035	

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 ^a (Legis)	Firma del solicitante Hansel Gomez R C.C. 52130077
---	---	---



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: MARISOL GOMEZ RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento: 08/12/1972

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52130077

Edad: 51 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 12:23:55

Fecha salida: 2024-03-12 / 12:55:50



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:

CARDIOVASCULAR:

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 BOLIVAR ALVARADO
CORREA
RM: 85454620
Firma y sello del médico

Marisol Gomez 82

MARISOL GOMEZ RODRIGUEZ
CC: 52130077
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
MARISOL GOMEZ RODRIGUEZ	C.C.	52,130,077	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.



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 _____

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Guayora Moscoso	Nombre(s) del aspirante Maris Melda		
Fecha de nacimiento 14 M 02 A 1973	Lugar de nacimiento Chicoral Tolima		
Dirección domicilio / Barrio Calle 80 B N° 56 sur 85	Ciudad Bogotá		
Teléfono	No. Celular 320 923 2057		
Correo electrónico zapataonao@gmail.com	Nacionalidad colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Empleada	(*) Estado civil Viuda	Años de experiencia laboral 13 años	
Cédula de ciudadanía: <input type="text"/> N° 39659470	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° _____	Categoría _____

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

II PEREJIL LABOBAL

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?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de contrato	
Ser Ulimpresa		Independiente <input type="checkbox"/>			
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dependencia <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Luisa	Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input type="checkbox"/>	Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
Dependencia <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 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?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual	Marina manrique	3222926645	8 años
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
¿Cuál es su principal afición?				\$	
¿Practica algún deporte?			¿Cuál(es)?		
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?					

359992663

7||702124||0007813||

Nombre de la empresa Centro Ageo	Actividad Económica	Dirección calle 28 N° 77 - 12		Teléfono(s) 6068433	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicio	Área del cargo	Fecha Ingreso 19 04 2016	Fecha Retiro 20 08 2022	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato Victor castro	Cargo jefe
---	----------------------

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/> 6 años y meses	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 Terminacion de contrato

Nombre de la empresa Union Temporal FyA	Actividad Económica	Dirección cl 95 N° 15 - 33		Teléfno(s) 6013694747	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted SERVICIOS GENERALES	Área del cargo	Fecha Ingreso 09 09 2011	Fecha Retiro 20 09 2013	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato Nubola castro	Cargo jefe
---	----------------------

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 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"/>
---	--	---------------------------------------

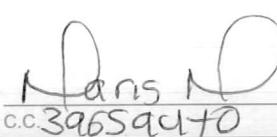
Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Nareis Pestana	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3102072431
2.	Nombre Laury Robles	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 320414091877
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre coralina Rodriguez	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3123863448
2.	Nombre Paula Rodriguez	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3016443010

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  C.C. 39659470
---	--	--

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:** MARIS MELDA GUAYARA MOSCOSO CC: 39659470**Fecha de nacimiento:** 14/02/1973**Edad:** 51 **Sexo:** FEMENINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-13 / 01:30:07**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-13 / 03:10:06**Cargo:** OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

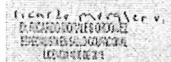
- ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

- 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 presento la valoración.



RICARDO MORALES ORDÓNEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

Maris M

MARIS MELDA GUAYARA
MOSCOSO
CC: 39659470
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
MARIS MELDA GUAYARA MOSCOSO	C.C.	39,659,470	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	M	A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
Hernandez Vargas	Aoris Estela		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
20 / M / 11 / 87	Ribachá		
Dirección domicilio / Barrio	Calle 132 Bis 13B - 71 Bogotá		
Teléfono	322 351 3485		
Correo electrónico			
Profesión, ocupación u oficio	(**) Estado civil		
Oficios varios	Union Libre.		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 11188002810	(**) Libreta militar N° _____		
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en Ribachá	Distrito N° _____		
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N° _____	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Categoría	



DOCUMENTACION	(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995		
	Primeras clases: _____		
	Segunda clase: _____		

II. PERFIL LABORAL

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

Primaria, experiencia laboral en oficios varios. 2 años. Trabajadora y Responsable.

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 <input checked="" type="checkbox"/> Fijo
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha 5 / 07 / 2023	Nombre Jarena Pob
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	Dependencia	Operadora.
¿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 _____	¿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	Teléfono _____	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
¿Por qué conceptos?				\$ 1'000.000
Arriendo, Alimentación, Servicios				¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición?	Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			1'400.000
Deporte.	¿Cuál(es)?			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?	_____			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				

502016612

7702124007813

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

Nombre de la empresa	Actividad Económica			Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final	
Funciones realizadas								
Nombre de su jefe inmediato	Cargo							
Logros obtenidos								
Tipo de contrato	Indefinido <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cual?	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 Jose Luis Lono Nombre	Ocupación Vigilante Ocupación	Dirección	Teléfono 3127189516
2.	Nombre Diana Flores Nombre	Ocupación Operancia Aseo Ocupación	Dirección	Teléfono 3127189516

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

1.	Nombre Luis Galvan Nombre	Ocupación Oficios varios Ocupación	Dirección Ihr 132 Bis 138-71 Dirección	Teléfono 3164292308 Teléfono
2.	Nombre Carlos Acosta Nombre	Ocupación Oficios varios Ocupación	Dirección Gugyra Gugyra	Teléfono 3127928482

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 Aris Hernandez c.c. 1118802810
---	---	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

TELÉFONO: 6014470068

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

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: AURIS ESTELA HERNANDEZ VARGAS
Fecha de nacimiento: 20/11/1987
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1118802810
Edad: 36 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:26:31
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:14:47



EXÁMENES REALIZADOS

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

- FROTIS FARINGEO

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD:

:
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.

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

[Handwritten signature]
Dr. Katherine Cortes Acosta
Medico Especialista
F.M. 1053335217 - E.M. 1053335217
E-mail: katherin.cortes@cendiatra.com

AURIS ESTELA HERNANDEZ
VARGAS
CC: 1118802810
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
AURIS ESTELLA HERNANDEZ VARGAS	C.C.	1,118,802,810	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
15 M 03 A 2024Empleo o cargo al que aspira
operaria de qseo

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Hidalgo Lopez</i>	Nombre(s) del aspirante <i>Maria Fernanda</i>	
Fecha de nacimiento d 18 M 04 1997	Lugar de nacimiento <i>Turbo (Bolívar)</i>	
Dirección domicilio / Barrio <i>Cra 87 #0-65</i>	Ciudad <i>Bogotá</i>	
Teléfono <i>3107752535 - 3160442428</i>	No. Celular <i>3107752535 - 3160442428</i>	
Correo electrónico <i>mariashidalgolopez94@gmail.com</i>	Nacionalidad <i>Colombiana</i>	
Profesión, ocupación u oficio <i>operaria de queso y cafeteria soltera</i>	(*) Estado civil <i>Soltera</i>	Años de experiencia laboral <i>5 años</i>
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 10500971458	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Turbo (Bolívar)</i>	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

Soy una persona honesta, responsable con mis labores, respetuosa; me considero capaz de salir adelante para ser una mujer y madre de bien para sacar a mi hijo adelante

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <i>Servipropesa</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <i>Labor contratada</i>
¿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 <i>d 24 M 03 A 2023</i>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nombre _____ Dependencia _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? <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: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Describaló e indique su valor mensual <i>A/c</i>	Nombre del arrendador <i>edisson Rodriguez</i>	Teléfono _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>1 año</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ <i>A/c</i>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>A/c</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Apoyo, servicios u otras cosas personales</i>	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <i>sacar a mi hijo adelante</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>sacar a mi hijo adelante</i>	¿Cuál(es)? <i>Artiendo, servicios u otras cosas personales</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)? <i>¿Cuál(es)?</i>		

99926635



7420124007813

Nombre de la empresa <i>Jasu Limpieza Institucional</i>	Actividad Económica <i>mínimo</i>	Dirección <i>cra 74 #51a - 42</i>	Teléfono(s) <i>9164681</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Gestor de Aseo y cafetería</i>	Área del cargo <i>referencia</i>	Fecha Ingreso <i>12/05/2013</i>	Fecha Retiro <i>30/09/2022</i>
Funciones realizadas <i>Limpieza de oficinas, reparto de tintos</i>			
Nombre de su jefe inmediato <i>Ingred M. Kappeler castro</i>	Cargo <i>Recursos Humanos</i>		
Logros obtenidos <i>Gestor de Aseo y cafetería</i>			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? ¿Cuál?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> <i>obra o servir</i>
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>Terminación de contrato</i>			

Nombre de la empresa <i>Diamante</i>	Actividad Económica <i>mínimo</i>	Dirección <i>cra 10 #32-81</i>	Teléfono(s) <i>9464712</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>operaria de Aseo</i>	Área del cargo <i>operaria</i>	Fecha Ingreso <i>15/08/2020</i>	Fecha Retiro <i>01/03/2021</i>
Funciones realizadas <i>operaria de Aseo</i>			
Nombre de su jefe inmediato <i>Wendy Dayana Osorio</i>	Cargo <i>Auxiliar de Gestión humana</i>		
Logros obtenidos <i>operaria de aseo</i>			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? ¿Cuál?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <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>Renuncia a cosas Personales</i>			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione los nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre <i>Jorge Herrera P.</i>	Ocupación <i>secretaria ejecutiva</i>	Dirección <i>Alcaldía de Bogotá</i>	Teléfono <i>311-5302301</i>
2.	Nombre <i>Sonia ecilia segura</i>	Ocupación <i>Archivista</i>	Dirección <i>Alcaldía de Bogotá</i>	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <i>José residys Hidalgo</i>	Ocupación <i>Auxiliar de polípolo</i>	Dirección <i>20 de Julio</i>	Teléfono <i>3106730071</i>
2.	Nombre <i>José henry Lopez</i>	Ocupación <i>casa familia</i>	Dirección <i>20 de Julio</i>	Teléfono <i>3138381046</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>efra. Alí</i> C.C. 1050971458
---	---	---

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: MARIA FERNANDA HIDALGO LOPEZ CC: 1050971458

Edad: 26 Sexo: FEMENINO

Fecha de nacimiento: 18/04/1997
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:19:07

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-12 / 02:47:41

Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERÍA



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:

CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

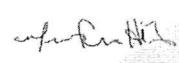
OPTOMETRIA CONTROL ANUAL

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 presenta la valoración.



Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Seguridad
Y Salud en el Trabajo
R.A.: 1016055879

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



MARIA FERNANDA HIDALGO
LOPEZ
CC: 1050971458
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
MARIA FERNANDA HIDALGO LOPEZ	C.C.	1,050,971,458	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.

Nombre de la empresa Congregacion Dominicas	Actividad Económica Educating	Dirección calle 72-11	Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Elaboracion de alimentos cocina	Área del cargo Área del cargo	Fecha Ingreso D M 2 A 15	Fecha Retiro D M 10 A 8	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas Elaboracion de alimentos y planificacion de menu					
Nombre de su jefe inmediato Sor Gilma Henao	Cargo Madre Superiora				
Logros obtenidos					
Aprendizaje en diferentes menus, manejo de personal de manera servicial					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 cambio de residencia					
Nombre de la empresa Ballet tierra Colombiana	Actividad Económica Artistico	Dirección			Teléfno(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales	Área del cargo General	Fecha Ingreso D M 01 2017	Fecha Retiro D M 11 2005	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
Funciones realizadas Realizar Mantenimiento y organizacion de oficinas bantos cafeteria y preparacion de bebidas calientes y cuidado y atencion a los ninos					
Nombre de su jefe inmediato Fernando Urvina chuquin	Cargo Gerente				
Logros obtenidos					
Aprendizaje y experiencia en la labor realizada.					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminacion de contrato - Empalme					

VII REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Nombre <u>Carolina García</u>	Ocupación <u>Psicologa</u>	Dirección	Teléfono <u>3134444662</u>
2.	Nombre <u>Sor Gilma Henao</u>	Ocupación <u>Economía</u>	Dirección <u>calle F2 #11-04</u>	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Nombre <u>Nicolás Abril</u>	Ocupación <u>Independiente</u>	Dirección <u>calle 80b - 91 - 90</u>	Teléfono <u>3224471052</u>
2.	Nombre <u>Juan Carlos Ortega B</u>	Ocupación <u>Dr Adm y Financiero</u>	Dirección <u>Cra 9#12 c 10</u>	Teléfono <u>3104521786</u>

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

Marque con una X

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



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@cendiatura.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: MARIBEL HERNANDEZ LUNA

CC: 51970521

Fecha de nacimiento: 25/01/1969
Edad: 55 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 01:44:41

Fecha salida: 2024-03-12 / 03:16:55



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

:

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 presenta la valoración.



RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico



MARIBEL HERNANDEZ LUNA
CC: 51970521
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
MARIBEL HERNANDEZ LUNA	C.C.	51,970,521	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.



SERGIO ALEXANDER HURTADO PRADA

CONTACTO

CC.1.026.258.321 de Bogotá D.C
Calle 137 No 128 b 01,
Tibabuyes Universal
Celular 3238059379
sergioalexanderhurtadoprada@gmail.com

HABILIDADES

- Trabajo en equipo e individual
- Trabajo bajo presión
- Desenvolvimiento individual
- Atención al cliente

PERFIL

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

EXPERIENCIA LABORAL

EGILEJO COFFEE

Cargo: Servicio al cliente

Duración marzo 15 de 2022 a noviembre 28 de 2023

FUNCIONES:

- Ventas
- Recepción de pedidos
- Mesero

FORMACION ACADEMICA

CONOCIMIENTOS



Centro Educativo Integral Latinoamericano CEIL
Bachiller Académico grados 10, 11
2022

Celestin Freinet
Bachiller grados 6, 7, 8, 9,
2020

Fundación ITEMCA
Diplomado Emprendimiento Empresarial
2022

Formación Técnica, Programa, cocina (01/03/2021 – 30/1/2022)
Capacitación Manipulación de alimentos BPM
Noviembre - 2023

REFERENCIAS PERSONALES

Luz Mery Urrego Castillo

Amiga

Celular: 3224452907

Juan Ruiz

Amigo

Celular: 3156498984

REFERENCIAS FAMILIARES

Santiago Steven Hurtado Carrillo

Padre

Celular: 302 280 90 46

Jenny Wandreza Prada Hernández

Madre

Celular: 302 660 48 13



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: SERGIO ALEXANDER HURTADO PRADA
Fecha de nacimiento: 29/12/2005
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 1026258321
Edad: 18 Sexo: MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:25:26
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:25:26



EXÁMENES REALIZADOS

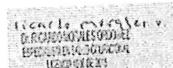
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD:

:

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

SERGIO ALEXANDER HURTADO
PRADA
CC: 1026258321
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
SERGIO ALEXANDER HURTADO PRADA	C.C.	1,026,258,321	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 28 | M 02 | A 24 Auxiliar Servicio Generales

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Iglesias Barrios		Nombre(s) del aspirante Yenibeth	
Fecha de nacimiento 023 M 10 1989	Lugar de nacimiento Barranquilla - Atlántico		
Dirección domicilio / Barrio Calle 80 bis sur # 94-80 Bosa		Ciudad Bogota DC.	
Teléfono 6638292	Nº. Celular 3115159055		
Correo electrónico laprin23@hotmail.com	Nacionalidad colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar de servicios generales Soñhera	(*) Estado civil Soltero	Años de experiencia laboral 5 años	
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1002230033	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Barranquilla	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

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

A nivel laboral espero adquirir mas conocimiento y capacitarme en el area laboral que me permita aplicar mis conocimientos y ampliarlos a travez de mi experiencia todo esto con el objetivo de mejorar mi calidad de vida y la de mi Familia.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <i>Servi limpiezas</i>	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 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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <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? <i>Arriendo Alimento a conyunto y servicios publicos.</i> leer cantar	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 8.00.000 Aconsejado	
¿Cuál es su principal afición? <i> leer cantar</i>	¿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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

1970600

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa <i>Centro Ases</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Kra28b #77-12</i>	Teléfono(s) <i>86064433</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Auxiliar Servicios Generales Oficina</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>04/01/2019</i>	Fecha Retiro <i>30/06/2022</i>
Funciones realizadas <i>Desinfección de áreas y cafetería</i>	Sueldo Inicial <i>\$1,000.000</i>	Sueldo Final <i>\$1,000.000</i>	
Nombre de su jefe inmediato <i>Victor Castro</i>	Cargo <i>Supervisor</i>		
Logros obtenidos <i>Buen desempeño en mi lugar de trabajo</i>			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Por obra o labor 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>Terminación Comercial</i>			

Nombre de la empresa <i>Casa Limpia SA</i>	Actividad Económica	Dirección <i>AV. El Dorado 100-80</i>	Teléfono(s) <i>4578383</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Auxiliar Servicios Generales Oficina</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>24/09/16</i>	Fecha Retiro <i>01/11/18</i>
Funciones realizadas <i>Desinfección de oficinas áreas comunes y servicios de cafetería</i>	Sueldo Inicial <i>\$mínimo</i>	Sueldo Final <i>\$mínimo</i>	
Nombre de su jefe inmediato <i>Briogelka Sierra</i>	Cargo <i>Supervisor</i>		
Logros obtenidos <i>Alcance de metas Personales</i>			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 2 años	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 type="checkbox"/>	
Motivo del retiro <i>Voluntario</i>			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1. Nombre <i>Julie Ruiz Herrera</i>	Ocupación	Dirección	Teléfono <i>3142751435</i>
2. Nombre <i>Jhon Ramirez Forero</i>	Ocupación	Dirección	Teléfono <i>3006493788</i>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre <i>Karen Belénas</i>	Ocupación <i>Auxiliar caja</i>	Dirección	Teléfono <i>3112201132</i>
2. Nombre <i>Felicitas Barnos</i>	Ocupación <i>Ama de casa</i>	Dirección <i>Calle 80 bis sur 79-480</i>	Teléfono <i>3144445470</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 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <i>[Firma]</i> C.C. <i>1002230033</i>
---	---	--

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: YERIBETH IGLESIAS BARRIOS

CC: 1002230033

Fecha de nacimiento: 23/10/1989

Edad: 34 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 02:21:21

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 02:25:42

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

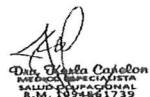
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH]+

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 presento la valoración.



Dr. Karla Canelon
MEDICO
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

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



YERIBETH IGLESIAS BARRIOS
CC: 1002230033
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



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: YERIBETH IGLESIAS BARRIOS

Fecha de nacimiento: 23/10/1989

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1002230033

Edad: 34 **Sexo:** FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 02:21:21

Fecha salida: 2024-03-13 / 02:25:42



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 presentó la valoración.

Dr. Karla Canelón
MÉDICA ESPECIALISTA
R.M. 1094861739

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

YERIBETH IGLESIAS BARRIOS
CC: 1002230033
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

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

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -



**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
YERIBETH IGLESIAS BARRIOS	C.C.	1,002,230,033	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.



Kr. 73 B No. 3-56

Tel: 4545012

Daniel Infante Castro

Información personal

Estado civil: Casado

Nacionalidad: Colombiana

Edad: 62 años

Lugar de nacimiento: Bogotá D.C

Documento de identidad: C.C 19.406.447 Bogotá

Personas a cargo: Una

Celular: 3012143562

Fijo: 4545012

Educación

SENA PRESENCIAL

Técnico en Asistente Administrativo

CAFAM EDUCACION PARA EL TRABAJO

Técnico en Auxiliar de Recursos Humano (tercer Semestre)

Colegio Distrital Nocturno José Manuel Restrepo

Bachiller Clásico

1980

Curso Básico de Windows

SENA VIRTUAL:

- Administración de Recursos Humanos
- Manejo de herramientas Microsoft office 2016 Excel

SENA SEMINARIOS PRESENCIALES

- Desarrollo de habilidades para la coordinación de personal
- Administración de tareas de alto riesgo en alturas

- Orden y aseo, una propuesta de mejora continua
- Ingles básico Nivel 1

Experiencia Laboral

SERVILIMPIEZA

Supervisor: Supervisor de recorrido de la zona Norte, del servicio de la SECRETARIA GENERAL ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, 7 sedes a cargo, Llevar a cabo el seguimiento de la prestación del servicio de aseo y cafetería, en las sedes a cargo, verificar el cumplimiento de los requerimientos establecidos según la orden de compra.

Seguimiento al personal asignado en las diferentes sedes, control de horarios, labores asignadas según cronogramas de actividades, cumplimiento en los procedimientos de aseo y cafetería, manejo de insumos, SST, programación de brigadas de acuerdo a las necesidades del servicio o solicitadas por el cliente.

Reporte de novedades de nómina en las fechas establecidas, capacitaciones, programación de vacaciones del personal, permisos, ausentismos, procesos disciplinarios.

Fecha de inicio: 23 de Marzo de 2023 a la fecha.

Jefe Inmediato: Reini Rivera – Jefe de operaciones Nacional.

Coordinador de Contrato: Control y seguimiento a la orden de compra del contrato asignado a la empresa, en la prestación de los servicios de aseo y cafetería, en las diferentes sedes a nivel nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con seis supervisores asignados a las diferentes regionales, verificación del cumplimiento de acuerdo a lo establecido, en los servicios especiales como jardinería, fumigaciones, limpieza de vidrios de fachadas, poda de árboles, limpieza de canales, lavado de tanques. Control y seguimiento al personal autorizado, reportado en nómina y sus novedades, pedidos de insumos requeridos para prestación del servicio de aseo, cumplimiento en el cronograma de capacitaciones, visitas a las diferentes sedes de las regionales y sus coordinadores administrativos de la entidad, para seguimiento de observaciones y requerimientos, verificación de facturación de los servicios prestados en los periodos.

Fecha de inicio: 01 de Marzo de 2021 al 23 de Diciembre de 2022

Jefe Inmediato: Reini Rivera – Jefe de Operaciones Nacional -

Supervisor: Supervisor de recorrido, Supervisor de Servicios Institucionales en la

Superintendencia de Notariado y Registro R-11

Llevar a cabo el seguimiento de la prestación del servicio de aseo y cafetería, en las 29 sedes a cargo, verificar el cumplimiento de los requerimientos establecidos según la orden de compra.

Seguimiento al personal asignado en las diferentes sedes, control de horarios, labores asignadas según cronogramas de actividades, cumplimiento en los procedimientos de aseo y cafetería, manejo de insumos, SST, programación de brigadas de acuerdo a las necesidades del servicio o solicitadas por el cliente.

Reporte de novedades de nómina en las fechas establecidas, capacitaciones, programación de vacaciones del personal, permisos, ausentismos, procesos disciplinarios.

Fecha de inicio: 16 de Agosto de 2017 a 30 de Abril 2020

Actual: 01 de septiembre de 2020 a la fecha

Jefe Inmediato: Cesar Lobaton Cel. 3213826793 - 3108053327

SERVIACTIVA S.A.S

Supervisor: Supervisor de servicios institucionales y hospitalaria.

Claridad en los objetivos y en el concepto. Garantizar la continuidad, sostenibilidad y fortalecimiento de la organización. Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables a los servicios prestados. Contribuir al bienestar de los trabajadores. Desarrollar programas SST preservando el cuidado de la salud de los trabajadores. Prestar servicios que cumplan con los requisitos establecidos y la satisfacción de los clientes. Mejorar la eficacia y el desempeño del Sistema Integrado de Gestión. Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano.

Fecha de inicio 17 de Octubre de 2014 hasta el 03 de Marzo de 2017.

Jefe Inmediato: Luis Fernando Ballesteros Cel. 3002025743

REPRESENTACIONES E INVERSIONES ELITE LTDA

Supervisor: Verificación de las labores relacionadas con el aseo que se presta en las estaciones de Transmilenio de la Fase I, Troncal del Norte incluyendo portal del Norte, direccionamiento del grupo de trabajo en la consecución de los objetivos del mismo, motivación al grupo para día a día mejorar la prestación del servicio. Manejo y control de insumos, reporte de novedades de nómina.

Fecha de inicio: 29 de Octubre de 2012 al 26 de Julio de 2013.

FLOREZ & ALVAREZ S.A

Coordinador de Contratos: Verificar el cumplimiento del objeto del contrato, en todas sus obligaciones contractuales, gestionar personal para el cumplimiento de los contratos, maquinaria necesaria, insumos. Mantener contacto con los supervisores de los contratos, conciliar facturación y demás obligaciones de los contratos.

Fecha de Inicio: 26 de diciembre de 2011 al 26 de octubre de 2012.

INTERNACIONAL DE NEGOCIOS S.A.

Supervisor: en la prestación del servicio de aseo y alimentos, control y direccionamiento de grupos de trabajo para la consecución de las metas y cumplimiento de las obligaciones del contrato. (secretaría de Educación Distrital, secretaría de integración Social, Presidencia de la República, Aeronáutica Civil Nacional, Empresa de Teléfonos de Bogotá)

Asistente de Talento Humano:(Ultimo Cargo) Creación de contratos en el aplicativo de nómina según condiciones de la adjudicación de los mismos, ingreso de personal según perfil solicitado, manejo de aplicativos de nómina para la liquidación de nóminas y prestaciones sociales, ingreso de novedades del personal, según contrato de acuerdo a la normatividad Colombiana, exportación de registros contables originados de la liquidación de la nómina, generación y montaje de archivos de pago en el portal bancario para la dispersión de pagos de nómina, generación de archivos de pago de la seguridad social y montaje de los mismos en los diferentes operadores de información, generación de informes según requerimientos.

Fecha de Inicio: 08 de enero de 2002 al 20 de diciembre de 2011.

Banco Santander

Mensajero Interno

Encargado de chequera

Auxiliar de Cuentas Corrientes

Auxiliar de Contabilidad

Revisor Interno (Contraloría)

Subgerente de Oficina (Ultimo Cargo)

Tiempo de servicio: 19 años 8 meses

Referencias

Amanda García - Analista de Operaciones (Pensionada)

Banco de Occidente - Oficina Principal

Celular: 3195669346

María Libia Saavedra – Gerente de Zona

Banco de Bogotá (Pensionada)

Celular: 3154699927

Gloria Patricia Soto García - Hogar

Diag. 4b No. 42-37

Teléfono: 3756515

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 19406447-680077

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: DANIEL INFANTE CASTRO
Género MASCULINO **Edad:** 63
Fecha Nacimiento: 27/08/1960
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CRA 73B N 3 - 76
Escolaridad: TÉCNICO
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 19406447
Teléfono 0 **Móvil:** 3012143562
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: NO REPORTA

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. ACUDIR A LOS CONTROLES PERIÓDICOS ESPECIALIZADOS PARA SU ENFERMEDAD DE BASE EN LA EPS.

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
DANIEL INFANTE CASTRO
19406447





**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
DANIEL INFANTE CASTRO	C.C.	19,406,447	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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Jaramillo Tobón	Sireley Adriana.	
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	
21 / 12 / 1977	Cundinamarca Santander	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Cra 19 # 1164 - 75 Engativá	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
	3125406945	
Correo electrónico	Nacionalidad	
jaramillotobon7@gmail.com	colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
SERVICIOS GENERALES C. DOCUMENTACION	casada	4 AÑOS
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52389391	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° _____
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

alta disposición para cualquier tipo de actividad
y así alcanzar el mejor resultado
excelente manejo del tiempo y muy responsable
con mi trabajo.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>					
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/>		Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input type="checkbox"/>	Redes Sociales <input type="checkbox"/>		
¿Por qué conceptos?	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			¿Cuál?		
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?			¿Cuál(es)?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				\$ 850.000	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?	¿Cuánto es su aspiración salarial?					
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?						

466023428



Nombre de la empresa ELITE FACILITY	Actividad Económica	Dirección calle 72 #72A-41		Teléfono(s) 601 431822
Cargo(s) desempeñado(s) por usted op. SERVICIOS generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 8 23	Fecha Retiro 02 102 24	Sueldo Inicial \$160.000
Funciones realizadas SERVICIOS generales cafeteria	Cargo CARGO	Sueldo Final \$160.000		
Nombre de su jefe inmediato NANCY ZABALA	Cargo SUPERVISORA			
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"/>	¿Cual? obra o labor
Horario de trabajo	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	voluntario			

Nombre de la empresa OUTSOURCING GIAT	Actividad Económica	Dirección Floridablanca 8.		Teléfono(s) 601 6388757
Cargo(s) desempeñado(s) por usted op. SERVICIOS generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 5 23	Fecha Retiro 04 M 8 23	Sueldo Inicial \$160.000
Funciones realizadas SERVICIOS generales cafeteria	Cargo CARGO	Sueldo Final \$160.000		
Nombre de su jefe inmediato FLOR ANGELA RAMIREZ	Cargo SUPERVISORA			
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"/>	¿Cual? obra o labor
Horario de trabajo	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	voluntario			

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 § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Sirley A Jaramillo c.051389391
---	---	---

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: SIRLEY ADRIANA JARAMILLO
TOBON
Fecha de nacimiento: 21/12/1977
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52389391
Edad: 46 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 12:35:43
Fecha salida: 2024-03-13 / 12:50:24



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:
CONDICIÓN VISUAL:

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. Edwin B. Alvarado C.
Medico Especialista en
Medicina Ocupacional
2000-2010-2011-2012

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

Sirley Jaramillo

SIRLEY ADRIANA JARAMILLO
TOBON
CC: 52389391
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. 860.002.163 – 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
SIRLEY ADRIANA JARAMILLO TOBON	C.C.	52,389,391	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.

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
14/03/2024 Asistente de Cafetería

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: **Lopez Gutiérrez**
Nombre(s) del aspirante: **Luzmery**

Fecha de nacimiento: **01/04/1983** Lugar de nacimiento: **Mitu - Cesar**

Dirección domicilio / Barrio: **calle 38A surtida-77 Itagüí Grande**

Ciudad: **Bogotá**

Teléfono: **3232902740**

No. Celular: **3232902740**

Correo electrónico: **Lopezgutierrezluzmery@gmail.com**

Nacionalidad: **colombiana**

Profesión, ocupación u oficio: **Oficios varios**

(*) Estado civil: **Soltera**

Años de experiencia laboral: _____



luzmery 3x4 cms.

Cédula de ciudadanía: **X N° 6918022250**
Extranjería: **Expedida en: MITU**

(**) Libreta militar N°: _____

Primera clase:

Distrito N°: _____

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°: _____

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción N°: _____

Categoría: _____

DOCUMENTACION

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

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller con 10 años de experiencias laborales en el área operativo desarrollando funciones de limpicio, desinfección escritorios, lavado, decapado, brillado, sellados de pisos, actividades de cafetería, manipulación de alimentos, lavado baños, desatascos por mi eficiencia y agilidad, trabajo en equipo, atención al cliente

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si No

¿En qué empresa?

Scrublimpietza

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

Obras Labor

¿Trabajó antes en esta empresa? Si No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Nombre

Si No

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No

Nombre

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Anuncio Amigo Redes Sociales

Por medio de agencia Otro ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si No

Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Alquilada?

Nombre del arrendador

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

3022997462 9 años 3 meses

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 1100.000

¿Cuanto es su aspiración salarial?

\$ 15.000.000

¿Por qué conceptos?

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Si No

caminar, montar cicla.

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si No ¿Cuál(es)?

Nombre de la empresa Centro Asco Mantenimiento Aseo y Cafetería	Actividad Económica Aseo y Cafetería	Dirección Cra 28 B# 77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario Aseo y cafetería operativo	Área del cargo D 1 M	Fecha Ingreso 10/2022	Fecha Retiro 03/2023	Sueldo Inicial \$1'000.000	Sueldo Final \$1'160.000
Funciones realizadas Limpieza, desinfección, escritorios, baños, áreas comunes, partes bajas, altos, lavado baños, trapear, decapado, brillado, pisos, preparación bebida caliente					
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Finalización obra labor					

Nombre de la empresa Elite Facility Management	Actividad Económica Aseo y Cafetería	Dirección calle 71B 72A-61		Teléfono(s) 7431822	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario Aseo y Cafetería operativo	Área del cargo 12 06 2016	Fecha Ingreso 08/2020	Fecha Retiro 1'076.550	Sueldo Inicial 1'076.550	Sueldo Final 1'076.550
Funciones realizadas Limpieza, desinfección, escritorios, partes bajas, altos, lavado baños, escanear basuras, trapeado, mopear, lavado pisos, decapado, atención cliente					
Nombre de su jefe inmediato Mildre Vergara	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"/> 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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación obra labor.					

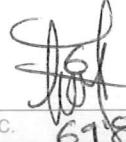
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre Claudia Contreras	Ocupación auxiliar de enfermera	Dirección calle 39 Sur # 82A-02	Teléfono 3162263962	
2. Nombre Sandra Gaona	Ocupación Empresaria	Dirección	Teléfono 3223968606	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Thalles Moreno	Ocupación estudiante	Dirección calle 38A Sur # 82A-77	Teléfono 3209876291	
2. Nombre Carol Gutierrez	Ocupación Empresaria	Dirección transversal 110 # 23	Teléfono 3202196976	

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



Márque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 61802250
--	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 69802250-680383

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: LUZ MERY LOPEZ GUTIERREZ
Género: FEMENINO **Edad:** 40
Fecha Nacimiento: 11/04/1983
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CLL 38 A SUR 82 A 77
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 69802250
Teléfono: na **Móvil:** 3232902740
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA
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., 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

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
LUZ MERY LOPEZ GUTIERREZ	C.C.	69.802.250	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 D M A	Empleo o cargo al que aspira
--------------------------	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Lopez Sanchez	Nombre(s) del aspirante Maria del Pilar
Fecha de Nacimiento 01 / 04 / 84	Lugar de Nacimiento Tocaima Cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio Kra 13 A Este # 74-42 Sur	Ciudad Bogota D.C.
Teléfono 32124444338	No. Celular
Correo electrónico Pilarlopez2726@gmail.com	Nacionalidad colombiana
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios	(*) Estado civil Soltera
DOCUMENTACION	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 53018354	(**) Libreta militar N° _____
Extranjería: <input type="checkbox"/>	Expedida en: _____
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

Experiencia de 5 años en el area de servicios generales me caracterizo por ser una persona comprometida y responsable con mi trabajo con capacidad de aprendizaje honesta que cumple con los requerimientos q se le exige

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serviclimpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input 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 Sergio Rodrgo Carrillo Ruiz	Teléfono 6 meses
¿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? ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? Asignado		
¿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 deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		

492023475



Nombre de la empresa Lasu (Impresora institucional) Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de aseo y cafetería Funciones realizadas	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)
	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
	07 M 01 2022	30 M 09 2022	\$ minimo	\$ minimo	
Nombre de su jefe inmediato Freddy	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 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 Centro Aseo Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de Aseo y Cafeteria Funciones realizadas	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)
	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
	03 M 10 2022	23 M 03 2023	\$ Minimo	\$ Minimo	4849120
Nombre de su jefe inmediato Adriana lozano	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 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					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1.	Nombre Rosalba perez arevedo Nombre	Ocupación operaria Aseo	Dirección	Teléfono	
2.	David Alvarez Neira	Independiente	Dirección	Teléfono 3115564326	
1.	Desly Jazmin Lopez S	Ocupación operaria aseo	Dirección	Teléfono 3232204362	
2.	Temilda Sanchez C.	Independiente	Dirección	Teléfono 3125120978	

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

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 Pilar Lopez S. c.c. S30418357
--	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 53048357-680063

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA DEL PILAR LOPEZ SANCHEZ	Identificación:	53048357
Género	FEMENINO Edad: 39	Teléfono	NA Móvil: 3212444331
Fecha Nacimiento:	1/04/1984	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	KR 13 A ESTE 74 42 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -	AREA: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular	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. MANTENER UN ADECUADO PESO CORPORAL DENTRO DEL IMC EN VALORES NORMALES
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: 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

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
MARIA DEL PILAR LOPEZ SANCHEZ	C.C.	53,048,357	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 15/03/2024 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 Servicios Generales
--------------------	--

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Leon Escobar	Nombre(s) del aspirante Leydy Yoana	
Fecha de nacimiento D 29 M 06 A 1990	Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio C1131b sur + 68 a 71 Alqueria la Fragua	Ciudad Bogotá	
Teléfono	No. Celular 3205923047	
Correo electrónico leydy leon 41@gmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales	(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 10 años
DOCUMENTACION		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1022363890	(**) 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

**10 años de experiencia en labores propias de servicios generales y cooperación en la preparación de alimentos con conocimiento y manejo de las BPM.
Soy una persona pro activa, responsable, respetuosa que se adapta facil a los cambios y esto me favorece a la hora del trabajo en equipo y bajo presión.**

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <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? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> Nombre del arrendador Adorcinda Piña	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 12 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describal e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.050.000	
¿Por qué conceptos? Transporte, arriendo, servicios, salud	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ SMLV	
¿Cuál es su principal afición? lectura	¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

7 0 2 1 2 4 0 0
1 7 8 1 3 1

Nombre de la empresa <i>Centro Aseo</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Cra. 28 b # 77-12</i>			Teléfono(s) <i>6014849120</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario de aseo y cafetería</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 01 M 10 A 22</i>	Fecha Retiro <i>D 23 M 03 A 23</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 5MLV</i>	Sueldo Final <i>\$ 5MLV</i>
Funciones realizadas <i>Realizar el aseo de la area asignada, prestar un buen servicio al cliente teniendo en cuenta las BPM</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Adriana</i>	Cargo <i>Supervisora</i>				
Logros obtenidos <i>Adquirir conocimiento y manejo de las BPM</i>					
Tipo de contrato: Indefinido <input 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 checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro <i>Terminación Comercial</i>					

Nombre de la empresa <i>Lasu</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Cra 74 # 51 a 42</i>			Teléfono(s) <i>3174048863</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operario de aseo y cafetería</i>	Área del cargo	Fecha Ingreso <i>D 12 M 01 A 22</i>	Fecha Retiro <i>D 30 M 09 A 22</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 5MLV</i>	Sueldo Final <i>\$ 5MLV</i>
Funciones realizadas <i>Limpieza, desinfección de la area asignada, prestando un buen servicio al cliente.</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Fredy Guzman</i>	Cargo <i>Supervisor</i>				
Logros obtenidos <i>Experiencia servicio al cliente</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 checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro <i>Terminación Comercial</i>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre <i>Jose Ariel Bocanegra</i>	Ocupación <i>Guardia de seguridad</i>	Dirección <i>Cra. 59 # 46 30</i>	Teléfono <i>3125676779</i>	
2. Nombre <i>Manuel Enrique Barreto</i>	Ocupación <i>Mantenimiento</i>	Dirección	Teléfono	<i>3044717022</i>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre <i>Carlos Alberto Gomez</i>	Ocupación <i>Guarda de seguridad</i>	Dirección <i>Cll 31 b sur 68 a 71</i>	Teléfono <i>3054254948</i>	
2. Nombre <i>Maria lucila Escobar</i>	Ocupación	Dirección <i>Cra 53 # 59 75</i>	Teléfono	<i>3142485360</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 § 105 (Legis)	Firma del solicitante <i>Jeydy Yoana Leon E. C.C. 1022363890 Bta.</i>
--	---	--

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.ocidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LEYDY YOANA LEON ESCOBAR
Fecha de nacimiento: 29/06/1990
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERÍA

CC: 1022363890
Edad: 33 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:33:10
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:33:10



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:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROL ANUAL OPTOMETRÍA

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
 R.M.: 1016055879

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

LEYDY YOANA LEON ESCOBAR

CC: 1022363890
 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
LEYDY YOANA LEON ESCOBAR	C.C.	1,022,363,890	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.



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	
LOZANO ORTEGA	ANGELA JULIANA	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
D 16 M 10 A 1998	BOGOTÁ	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
KR 13L # 26 SUR - 42	SOPACHA	
Teléfono	Nº Celular	
	3124890253	
Correo electrónico	Nacionalidad	
ANGELAJULIANALOZANO16@GMAIL.COM	COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
SOLTERA		
DOCUMENTACIÓN		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 7016105801	(**) 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 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 PROACTIVA RESPONSABLE, COMPROMETIDA CON MIS LABORES CON UNA ALTA CAPACIDAD DE ENTENDER Y ACATAR ORDENES. POSEO UN CARÁCTER FINANCIERO CONSISTENTE Y OPTIMISTA, ACADÉMICAMENTE CON EL OBJETIVO DE SEGUIR AVANZANDO EN MIS ESTUDIOS E INCREMENTAR MIS CONOCIMIENTOS PARA DAR MEJORES RENDIMIENTOS.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SERVICIO AL PUEBLO		OBRAS PÚBLICAS
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sí <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?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		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"/> Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos?	Describalos e indique su valor mensual		3 MESES
¿Cuál es su principal afición?	Practica algún deporte? Cuál(es)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
			\$ 7,200,000
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?	¿Cuánto es su aspiración salarial?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	\$		



Nombre de la empresa GRUPO EXPRESARIA SICO	Actividad Económica	Dirección CC 69 # 32 C-24		Teléfono(s) 2358568
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D 22 M 4 20 28 04 21	Fecha Retiro	Sueldo Inicial \$908526
				Sueldo Final \$908526

Funciones realizadas

ASISTENCIA A DESINFECCION DE AREAS COMUNES

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
-----------------------------	-------

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada Motivo del retiro
TERMINACION DE CONTRATO

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D M A	D M A	\$	\$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
-----------------------------	-------

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada

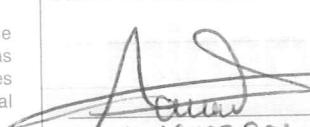
Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre SANDRA OSORIO	Ocupación EMPLEADO	Dirección	Teléfono 3107788226
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre KATERINE ORTIZ	Ocupación EMPLEADA	Dirección	Teléfono 3018159096
2.	Nombre GUSTAVO CANACHO	Ocupación EMPLEADO	Dirección	Teléfono 3192790489

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 1016105801
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS

NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1016105801-680079

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: ANGELA VIVIANA LOZANO ORTEGA
Género: FEMENINO **Edad:** 25
Fecha Nacimiento: 16/10/1998
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 13 E 26 42 SUR
Escolaridad: TÉCNICO
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1016105801
Teléfono: NA **Móvil:** 3124890253
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: SANITAS S.A.
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.
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	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 Serviasearnos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANGELA VIVIANA LOZANO ORTEGA	C.C.	1,016,105,801	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.

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	M	A	Empleo o cargo al que aspira
-------	---	---	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
López Aldana	Karen Yolie	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
30 M 06 A 1995	Sogacha (Cundinamarca)	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Travesal 730 Bis A #65A - 57 sur	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
311 819 6679	311 819 6679	
Correo electrónico	Nacionalidad	
lopez_kad630@hotmail.com	Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Auxiliar de servicio generales	Casada	6 años
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024066 216	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjeria: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N° _____	Licencia de conducción N° _____	Categoría _____
¿Tiene vehículo?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable, organizada y enfocada en el cumplimiento de los objetivos. Cuento con una gran capacidad para trabajar en equipo y aprender rápidamente.

III. 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
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha D M A	Nombre _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre _____	¿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: Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador _____	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	Teléfono _____	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
¿Por qué conceptos?				\$ 900.000
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?			¿Cuál(es)?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			REV. 05-2019
¿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)?			

999266635



Nombre de la empresa Jeiso S.A.S	Actividad Económica	Dirección Cra 69 #32C-24		Teléfono(s) 114446 06
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso 22 07 2020	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial El Minimo
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de areas al desempeñar				
Nombre de su jefe inmediato Teresa	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"/> 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 Terminación de Contrato				
Nombre de la empresa Operalimpieza	Actividad Económica	Dirección Calle 86d #30 -29		Teléfno(s) 628 6140
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 03 2018	Fecha Retiro 21 07 2020	Sueldo Inicial El Minimo
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de areas al desempeñar				
Nombre de su jefe inmediato Constanza Fernandez	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"/> 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 Terminación de contrato				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Nelly Velasquez Nqmbre	Ocupación Ama de casa Ocupación	Dirección Perdono Dirección	Teléfono 3123216740 Teléfono
2.	Nombre Giliana Garcia	Ocupación Camillera	Dirección Rosa Recreo	Teléfono 3202363167
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Christian Zambrano Nombre	Ocupación Independiente Ocupacion	Dirección Trauer 73D BIS A#65A Direccion	Teléfono 3014896128 Teléfono
2.	Nombre Edilma Aldana	Ocupación Ama de casa	Dirección Trauer 73D BIS A#65A 57	Teléfono 3004852013

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 ⁷ (Legis)	Karen Lopez C.C. 1029566216

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:** KAREN YULIE LOPEZ ALDANA**Fecha de nacimiento:** 30/06/1995**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Empresa usuaria:****Cargo:** OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA**CC:** 1024566216**Edad:** 28 **Sexo:** FEMENINO**Fecha ingreso:** 2024-03-13 / 07:18:35**Fecha salida:** 2024-03-13 / 08:48:50

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

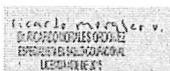
:

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 presenta la valoración.



RICARDO MORALES ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico



KAREN YULIE LOPEZ ALDANA
CC: 1024566216
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
KAREN YULIE LOPEZ ALDANA	C.C.	1,024,566,216	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

D M A

Fecha Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

López Doria

Nombre(s) del aspirante

Pedro Antonio

Fecha de nacimiento

D 21 M 07 A 1988 Llorica cordoba

Lugar de nacimiento

Ciudad

Bogota

Dirección domicilio / Barrio

calle 41 sur #81h09 el amparo

Nº. Celular

3154054819

Teléfono

Nacionalidad

Colombiano

Correo electrónico

Pricilianlopez244@gmail.com

(*) Estado civil

Soltero

Años de experiencia laboral

7 años

Profesión, ocupación u oficio

oficios varios

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía:

No. 1063148543

(**) Libreta militar No.

Primera clase:

Extranjería:

Expedida en: Llorica cordoba

Distrito No.

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No.

Categoría

Sí No

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Calle 28 B#77-12		Teléfono(s) 6014849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario	Área del cargo	Fecha Ingreso D 29 M 04 A 21	Fecha Retiro D 08 M 10 A 22	Sueldo Inicial \$ 90.8526	Sueldo Final \$ 90.8526.
Funciones realizadas Aseo Salones oficinas zonas Verdes, baños Pasillos encerado Sellas de desinfección de arias.					
Nombre de su jefe inmediato Angela Castellano	Cargo	SUPERVISORA			
Logros obtenidos Experiencia en Desinfección Y Sellado de Piso					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		obra y labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación de contrato					

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Calle 28 B#77-12		Teléfono(s) 6014849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario	Área del cargo	Fecha Ingreso D 3 M 1 A 29 D 21 M 4 A 20	Fecha Retiro D 04 M 20 A 20	Sueldo Inicial \$ 877603	Sueldo Final \$ 877603
Funciones realizadas Barrer, Trapear, des Papelar Las canecas Limpieza de baños, Limpieza de Vidrios					
Nombre de su jefe inmediato Claudia Sanchez	Cargo	SUPERVISORA			
Logros obtenidos Nueva Experiencia					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		obra y labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Empalme de Empresa					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Jairo Luis Lopez	Ocupación Guardia seguridad	Dirección Calle 14A #14
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono 3218576707

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

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 Pedro Lopez Doron C.C. 1063148543

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS

NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1063148543-680202

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: PEDRO ANTONIO LOPEZ DORIA
Género MASCULINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 21/06/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección NO SE LA SABE
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1063148543
Teléfono Móvil: 3154054819
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
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.
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
PEDRO ANTONIO LOPEZ DORIA	C.C.	1,063,148,543	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.

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

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 Auxiliar de servicios Generales
--------------------	--

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Lozano Ochoa	Nombre(s) del aspirante Gladys Stella	
Fecha de nacimiento 07 / 07 / 1981	Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio Calle 88 sur # 88c 89 de Bogotá	Parques Ciudad Bogotá	
Teléfono 7976828	No. Celular 3115077400	
Correo electrónico gladys-osos@hotmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar de servicios Generales Union libre	(*) Estado civil DOCUMENTACION	Años de experiencia laboral 25 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 56832379	(**) Libreta militar N° Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Primera clase: <input type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° Categoría

FOTOGRAFIA
RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller con mas de 20 años de experiencia en auxiliar de servicios generales, manejo de maquinas como hidrolavadora, brilladora, manejo de pisos, cafeteria.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input 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? Nombre	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Nombre
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" 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"/> Nombre del arrendador ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Teléfono 7976828	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describallo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000 =	
¿Por qué conceptos? Cuota apartamento, Alimentacion, servicios, deudas	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? El asignado	
¿Cuál es su principal afición? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

99926635



Nombre de la empresa Tasu	Actividad Económica	Dirección Kra 74 #519-42		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gestor de aseo y cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 2021	Fecha Retiro D 30 M 09 2022	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas Manejo de maquinaria como hidrolavadora, brilladora. limpieza y desinfección y manejo de insumos, cafeteria					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez	Cargo Supervisora.				
Logros obtenidos Terminacion de contrato					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" 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"/> ¿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 Terminacion de contrato					

Nombre de la empresa Easy clean	Actividad Económica	Dirección Diagonal 74 bis #20b-24		Teléfno(s) 7432060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios Gen	Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 02 2020	Fecha Retiro D 19 M 04 2021	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas Manejo de maquinaria como hidrolavadora, brilladora cafeteria, manejo de insumos					
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro	Cargo Supervisor				
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"/> 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 Terminacion de contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre Johana Martinez	Ocupación Empleada	Dirección Kra 6a #38-15 sur	Teléfono 3165880036	
2. Nombre Carmen florez	Ocupación Hogar	Dirección Calle 4 #5-09	Teléfono 3058143742	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Jose nunes	Ocupación Empleado	Dirección Calle 8 Sur #88c 89	Teléfono 3115116994	
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 Garcia C.C.
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 52832379-680089

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: GLADYS STELLA LOZANO OCHOA
Género: FEMENINO **Edad:** 42
Fecha Nacimiento: 7/07/1981
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 88 SUR 88 C 89
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52832379
Teléfono: NA **Móvil:** 3115076400
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOUSCULAR	1.----SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	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		
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
GLADYS STELLA LOZANO OCHOA	C.C.	52,832,379	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

www.formasminerva.com

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 Jara Pinzón	Nombre(s) del aspirante Diana Marcela	
Fecha de Nacimiento D 27 M 10 A 1996	Lugar de Nacimiento Bogota D.C.	
Dirección domicilio / Barrio Carrera 81 C# 2B-67 María Paz	Ciudad Bogota D.C.	
Teléfono 3148312098	No. Celular 3114498076	
Correo electrónico dianitabebe1996@gmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Estudiante	(*) Estado civil Soltera	
	Años de experiencia laboral 10 años	
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1030668192	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona integra comprometedora, cumple con mis compromisos al 100%. Doy lo mejor de mi, puntual - honesta y todo es para darles un mejor nivel de vida a mi familia.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <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 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 _____	¿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? Alcaldía		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Jimena	Teléfono _____	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 meses
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, servicios, alimentación.	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Al Asignado		
¿Cuál es su principal afición? 				
¿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)? 				

913339525



Nombre de la empresa CENTRO ASEO	Actividad Económica	Dirección carrera 28B #77-12		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicio	Área del cargo	Fecha Ingreso 03 01 22	Fecha Retiro 23 03 23	Sueldo Inicial Mínimo	Sueldo Final Mínimo
Funciones realizadas					
Puntualidad - compromiso					
Nombre de su jefe inmediato Moldano Forero viviana	Cargo Auxiliar de servicio				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál? obra y 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	Termino de contrato				

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicio	Área del cargo	Fecha Ingreso 24 03 23	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial Mínimo	Sueldo Final Mínimo
Funciones realizadas					
Responsable - puntual.					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo Auxiliar de servicio				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál? obra y 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	Termino de contrato.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1. Nombre Luz dary pultdo	Ocupación Auxiliar de servicio	Dirección	Teléfono 3204389381		
2. Nombre Giovanny alberto cerpedes	Ocupación oficial de construcción	Dirección	Teléfono 3213352435		
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1. Nombre Sara lara	Ocupación hija de casa	Dirección	Teléfono 3148312098		
2. Nombre Luz erika	Ocupación vendedora	Dirección	Teléfono 3054798398		

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 Diana Lara C.C. 1030668192.
---	---	--

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: DIANA MARCELA LARA PINZON
Fecha de nacimiento: 27/10/1995
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1030668192
Edad: 28 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:25:33
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:37:34



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 presenta la valoración.



Dra. Karla Canelon
MEDICO OCUPACIONAL
RM: 1094861739

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

Diana lara

DIANA MARCELA LARA PINZON
CC: 1030668192
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
DIANA MARCELA LARA PINZON	C.C.	1,030,668,192	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.

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 <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 león	Nombre(s) del aspirante Gloria Esperanza		
Fecha de nacimiento D 08 M 07 A 1979	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Kv 88c # 63-67 sur.	Ciudad Bogotá		
Teléfono (601) 627 29 31	No. Celular 3178390577 - 3212380877		
Correo electrónico Karennicole2107@gmail.com	Nacionalidad Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios	(* Estado civil Soltera)	Años de experiencia laboral 22 años	
DOCUMENTACIÓN (**Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995)			
Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No. 52.465.439	(**) Libreta militar No. _____		
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bta	Distrito No. _____		
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.	
		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

[Large empty box for writing]

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 <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"/> Nombre _____ Dependencia <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nombre _____ Dependencia <input type="checkbox"/>	¿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"/> Nombre del arrendador _____ ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Alirio Bejarano	Teléfono _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 años		
¿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? \$ _____		
¿Por qué conceptos? Vivienda, Alimentación, Servicios, Vestuario, estudios	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ _____		
¿Cuál es su principal afición? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____			

93938525

72021240078023
Barcode

Nombre de la empresa Limpieza Institucional losó	Actividad Económica	Dirección carrera 74 N° 51 a 42		Teléfono(s) 317404 8863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria S. Generales	Área del cargo	Fecha Ingreso D 29 / 04 / 21	Fecha Retiro D 31 / 01 / 23	Sueldo Inicial \$ 1'000.000	Sueldo Final \$ 1'000.000
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"/> 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 Fin Contrato obra o labor					

Nombre de la empresa Elite Soluciones	Actividad Económica	Dirección calle 71 N° 72º 41		Teléfono(s) 314228 35	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Servicios G.	Área del cargo	Fecha Ingreso D 23 / 04 / 20	Fecha Retiro D 28 / 04 / 21	Sueldo Inicial \$ 908.526	Sueldo Final \$ 1'000.000
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"/> 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 Fin Contrato obra o labor					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre Marcela Cerdona	Ocupación Abogada	Dirección		Teléfono 3167583770
2. Nombre Edgar Beltran	Ocupación Empleado	Dirección		Teléfono 3125404599
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Miriam Stella Campos	Ocupación Jefe R. Hornero	Dirección		Teléfono 3115489668
2. Nombre Gadis C. Leon	Ocupación Hogar	Dirección 88c#67-39s		Teléfono 3166347689

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



Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Flor E. L.
C.C. 52465439

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52465439-680131

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: GLORIA ESPERANZA LEON
Género: FEMENINO **Edad:** 44
Fecha Nacimiento: 8/07/1979
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 88 C 63 67 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52465439
Teléfono: NA **Móvil:** 3212380876
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 OSTOMUSCULAR	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.
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: 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

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
ESPERANZA LEON GLORIA	C.C.	52,465,439	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
D 27 M 02 A 2024

Empleo o cargo al que aspira

OPERARIA DE ASEO Y CATERERIA

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido(s) del aspirante

LORAZO MANRIQUE

Nombre(s) del aspirante

JAYDI

Fecha de nacimiento

D 20 M 07 A 1973

Lugar de nacimiento

CUNDINAMARCA TOIMA

Ciudad

Dirección domicilio / Barrio

TRANU 34 #36 - 41

Teléfono

Nº. Celular
3118958109

Correo electrónico

Jaydilorzano796@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

SERVICIOS GENERALES

Nacionalidad
colombia

Años de experiencia laboral
23 AÑOS

(*) Estado civil

UNION LIBRE

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

Cédula de ciudadanía: No. **52635741**
Extranjería: Expedida en: **BOGOTÁ**

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase:

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

soy una persona responsable, tolerante y dedicada a mi trabajo la cual desarrollo con responsabilidad

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?
Sí No

¿En qué empresa?

servicioimpresa

Empleado Tipo de contrato

Independiente

obra labor

Nombre

¿Trabajó antes en esta empresa?
Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?
Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Sí No

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?
Sí No

Nombre
Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Anuncio Amigo Redes Sociales

Por medio de agencia Otro ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?

Sí No

Vive en casa: Familiar

Propia Alquilada

Nombre del arrendador

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

13 AÑOS

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?
Sí No

Describalos e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 900.000

¿Por qué conceptos?

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte?

Sí No

¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Sí No

¿Cuál(es)?

¿Cuánto es su aspiración salarial?

\$ ASIGNADO

19706000



Nombre de la empresa Crecer calle 81	Actividad Económica	Dirección calle 126 A N + C 87			Teléfono(s) 3583231
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios GENERALES	Área del cargo	Fecha Ingreso 04/03/2013	Fecha Retiro 30/04/22	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$SMVL
Funciones realizadas Oficios varios					
Nombre de su jefe inmediato Alexandra Arias	Cargo Supervisora				
Logros obtenidos					
Experiencia					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/> 9 AÑOS		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro terminacion de contrato					

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

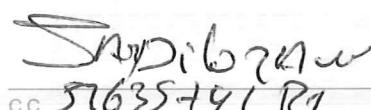
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre RUBEN CARIO CARCENAS	Ocupación Conductor	Dirección
2.	Nombre LILIANA QUIROGA	Ocupación empleada	Teléfono 3125041534
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Luis Angel Hernandez	Ocupación CONDUCTOR	Dirección
2.	Nombre ODRIS MANRIQUE	Ocupación HOGAR	Teléfono 3214469428
Nombre ODRIS MANRIQUE	Ocupación HOGAR	Dirección	Teléfono 3103409023

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  C.C. 51635491 P1
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52635791-680337

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: JAIDY LOZANO MANRIQUE
Género: FEMENINO **Edad:** 50
Fecha Nacimiento: 20/07/1973
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: KR 36 37 167
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52635791
Teléfono: NA **Móvil:** 3118958109
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA
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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA, CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION CERCANA, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
JAIDY LOZANO MANRIQUE	C.C.	52,635,791	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.



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 15 M 03 A 2024	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
Lopez Paredes	Moritz Fernando		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
D 18 M 03 A 84	Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
BC 61 Sur 20 A 30	Bogotá		
Teléfono	No. Celular		
	3228944379		
Correo electrónico	Nacionalidad		
Fernandaperdomo685@gmail.com	Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
Empleado	casada	5 años	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1033621789	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° _____	Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Uma persona Respetosa, honesta Responsable
 Cumplida Joven

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 _____	
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	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"/>	Nombre _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" 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 _____	Teléfono _____	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 8 meses
¿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? \$ 500.000		
¿Por qué conceptos?	Aprendizaje Servicios Vestuario Leer			¿Cuánto es su aspiración salarial? 10 asignados	
¿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 deportivas, culturales, sociales, entre otros?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				

906539615



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	
	D M A	D M A	\$	\$		
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"/>	¿Cual?
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
	D M A	D M A	\$	\$		
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"/>	¿Cual?
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 <i>Camilo Cobulosa</i>	Ocupación <i>Empleado</i>	Dirección	Teléfono <i>301-673-64-00</i>
2.	Nombre <i>Jaime Clavijo</i>	Ocupación <i>Empleado</i>	Dirección	Teléfono <i>3-16-6-85-20-66</i>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <i>José Luis</i>	Ocupación <i>Empleado</i>	Dirección	Teléfono <i>3-209-54-21-61</i>
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 <i>Marta Luisa Padilla</i> C.C. 1033691388888
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033681788-680368

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: MARITZA FERNANDA LOAIZA PERDOMO
Género: FEMENINO **Edad:** 40
Fecha Nacimiento: 18/03/1984
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: BR CENTRAL TUNAL
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1033681788
Teléfono: na **Móvil:** 3228994379
Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERIA
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

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
MARITZA FERNANDA LOAIZA PERDOMO	C.C.	1,033,681,788	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.