



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 opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Gomez		Nombre(s) del aspirante Martha Rubiela	
Fecha de nacimiento D M A 25 04 1971	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Cile 17 # 38 - 168		Ciudad Soacha	
Teléfono		No. Celular 3 11 258 10 04	
Correo electrónico Carlo-chikis-98@hotmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria Servicios Generales		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 18 años



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 Cafetera limpieza y desinfección de areas comunes, Comprometida y responsable con sus obligaciones.

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
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Enrique Gomez		Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Enrique Gomez	¿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? Empalme	
¿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 Enrique Gomez	Teléfono 310 8801598
¿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? 9 años	
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, Transporte		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.250.000	
¿Cuál es su principal afición? Deporte		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.500.000	
¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)? Ciclismo	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <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 28b # 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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra labor	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro 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 \$ 903.000	Sueldo Final \$ 1.000.000
Funciones realizadas Limpeza 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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra labor	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Viliana Mican	Ocupación Operaria	Dirección 319 334 57 50
2.	Nombre Leidy Murillo	Ocupación Estudiante	Dirección 321 239 74 48
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Carolina Huerfano G	Ocupación Empleada	Dirección Cra 17 # 38-168
2.	Nombre Carlos Huerfano G.	Ocupación Empleado	Dirección Cra 2b # 101-34 sur
			Teléfono 319 697 00 33
			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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante Valdina Gómez C.C. 39798258 BT
---	--	---

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: 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 / 08:18:55
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:53:32



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 presento la valoración.

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

Martha Rubielá Gómez

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 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
RUBIELA GOMEZ MARTHA	C.C.	39,798,258	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 15/03/2024 Empleo o cargo al que aspira: Operaria De aseo

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Garcia Fonseca		Nombre(s) del aspirante Sandra Liliana	
Fecha de nacimiento 11/05/1991		Lugar de nacimiento Gameza "Boyaca"	
Dirección domicilio / Barrio Calle 33ª sur #13-19 Granjas Sumbado		Ciudad Bogota	
Teléfono 313 4059398		No. Celular 313 4059398	
Correo electrónico Sandra081816@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria de aseo		(**) Estado civil Union libre	
		Años de experiencia laboral 6 años	

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1.031.132.769	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

Profesional con liderazgo capaz de transmitir mi creatividad y conocimiento con el equipo de trabajo, Planificando resultados adquiridos durante la formación que obtengo en cada trabajo asignado. Facilidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales con alto sentido de responsabilidad, principios y toma de decisiones éticas.

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 Isaías Cadena	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Isaías Cadena	Teléfono 3186227016
¿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? 7 años	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Por qué conceptos?		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

717021241007813

Nombre de la empresa Casa Familo	Actividad Económica Oficinas	Dirección Carrera 8# 170 - 26	Teléfono(s) 31 53509262	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Limpieza Hogar y niñera	Área del cargo Hogar	Fecha Ingreso 15 M 09 2020	Fecha Retiro 07 M 10 21	Sueldo Inicial \$ SML
Suelto 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 Serv Limpieza	Actividad Económica Op Aseo	Dirección Calle 686d #30-21	Teléfono(s) 301 2143562	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de servicios Generales Oficina	Área del cargo Oficina	Fecha Ingreso 24 M 03 23	Fecha Retiro 	Sueldo Inicial \$ SML
Suelto 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 Albaluz Reyes	Ocupación Niñera	Dirección Calle 40 sur #16-30	Teléfono 3233313808
2.	Nombre Estiben Reyes Harroquin	Ocupación Mensajero	Dirección Calle 40 sur #16-30	Teléfono 3052937012
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Daniel Alfonso R.	Ocupación Desarrollador B1	Dirección Calle 33ª sur #13-14	Teléfono 3223612231
2.	Nombre Maria del carmen F.	Ocupación Hogar	Dirección Calle 33ª sur #13-14	Teléfono 3106952998

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 § 105' (Legis)	Firma del solicitante C.C. 1.031.132.769
---	---	--



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:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
OTRAS::

DIETA BALANCEADA
ANUAL
USO DE LENTES CORRECTIVOS

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

Karla Lisbeth Canelon
ARAJO
RM: 1094861739

KARLA LISBETH CANELON
ARAJO
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,

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Guerrero Chisabe		Nombre(s) del aspirante Adriano Rocio	
Fecha de nacimiento D 16 M 05 A 1991		Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio Kra 91 # 161 -20 Int-2		Ciudad Bogotá	
Teléfono		N°. Celular 3217036234	
Correo electrónico adryguerrero1226@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio auxiliar de cafetería y servicios generales		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 8 años	
DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1019060189		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No. _____		Distrito No. _____	
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Segunda clase: <input 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En que empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha	
				D M A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Dependencia		Nombre	
				Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vive en casa: <input type="checkbox"/> Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
				Helena Ruiz	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Describallo e indique su valor mensual		Teléfono	
				3118593184	
¿Por qué conceptos?				¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
				2 años	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
				\$ El mínimo	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?				¿Cuánto es su aspiración salarial?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				\$ El mínimo	

Nombre de la empresa Lasu		Actividad Económica		Dirección Carrera 74 #		Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafetería mopear barre		Área del cargo		Fecha Ingreso 06/04/2022	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$1'000.000	Sueldo Final \$1'000.000
Funciones realizadas cafetería, desgranear, mopear, barre, lavado de baños - et.c							
Nombre de su jefe inmediato Claudia Rodriguez				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro terminación de contrato							


Nombre de la empresa Centro aso		Actividad Económica		Dirección Carrera 28 B		Teléfono(s) #77-12 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafetería Servicios generales		Área del cargo		Fecha Ingreso 01/10/2022	Fecha Retiro 23/03/2023	Sueldo Inicial \$1'160.000	Sueldo Final \$1'160.000
Funciones realizadas Cafetería, mopear, barre, trapear, desgranear, limpieza de Oficinas - et.c							
Nombre de su jefe inmediato Sandra				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Terminación de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Rosa Gonzales Quintero	Ocupación Servicios generales	Dirección Teléfono 3155960977
2.	Nombre edwar Galindo	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección Teléfono 3009683045
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Honica Andrea Guerrero	Ocupación Servicios generales	Dirección Teléfono 3208762372
2.	Nombre Diana marcela Guerrero	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. 1°) 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
- 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.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

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 'fca1'.

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

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

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

minerva
10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 28 02 2024	Empleo o cargo al que aspira
-------------------------	------------------------------

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante GIRALDO LOPEZ		Nombre(s) del aspirante LUZ ESTELA		
Fecha de nacimiento 28 10 1986		Lugar de nacimiento SANTA ROSA DE CABALLERÍA		
Dirección domicilio / Barrio KR: 4 ESTE # 163 46 SANTA ROSA DE CABALLERÍA		Ciudad BOGOTÁ		
Teléfono		Nº. Celular 3046585698		
Correo electrónico LUZESTELA1977@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANA		
Profesión, ocupación u oficio OPERARIA DE ASE CAFETERIA		(*) Estado civil UNION LIBRE		Años de experiencia laboral
DOCUMENTACIÓN				
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No 102077061		(**) Libreta militar No.		Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito No.		Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.		¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Licencia de conducción No. Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

SOY MA PER SONA FUERTE RESPONSABLE AMABLE
Y TRABAJADORA

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? SERVIDOR PIAZZA		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> MEDIO	
¿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	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre Dependencia		¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual MINIMO		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 30 AÑOS	
¿Por qué conceptos? ARRIENDO ALIMENTACION SERVICIOS Y VESTUARIO		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ ACORDADO	
¿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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

14077584

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa 1	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						

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 Johana Garson	Ocupación BENEFICIA DE ASCO	Dirección calle 191A 4A 30	Teléfono 3142370561
2.	Nombre CRISTINA RUIZ	Ocupación OFICIOS VARIOS	Dirección calle 163 #410 ESTE	Teléfono 3015604257
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre VIVIANA Giraldo	Ocupación SERVICIOS GENERALES	Dirección CORONA 4 ESTE 163 46	Teléfono 3142931483
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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



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

RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
D.E. RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
Especialista en Salud Ocupacional
LICENCIADO EN SALUD

RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

LUZ ESTELLA GIRALDO

LUZ ESTELLA GIRALDO LOPEZ
CC: 1020727061
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Identificación: 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 D M A	Empleo o cargo al que aspira <u>Auxiliar Servicios generales</u>
--------------------	---

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <u>Garzón Fábiez</u>		Nombre(s) del aspirante <u>Sandra Patricia</u>	
Fecha de nacimiento D M A <u>10 07 1972</u>	Lugar de nacimiento <u>Bogotá</u>		
Dirección domicilio / Barrio <u>Cra 126 bis #40-19 Sur</u>		Ciudad <u>Bogotá</u>	
Teléfono <u>3186774439</u>		Nº. Celular <u>3186774439</u>	
Correo electrónico <u>samy2749@gmail.com</u>		Nacionalidad <u>Colombiana</u>	
Profesión, ocupación u oficio <u>Cajera, atención al Cliente, Oficina Unión libre</u>		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
		<u>DOCUMENTACIÓN</u>	<u>20 años</u>
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <u>52064422</u>		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <u>Bogotá</u>		Distrito No. _____	
Tarjeta profesional No. _____		Categoría _____	
¿Tiene vehículo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Licencia de conducción No. _____	



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable, puntual, con aspiraciones. Descos de superación y metas basadas en el logro de objetivos tanto profesionales como intelectuales. Aprendo rápido y me intereso por 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? <u>Servilimpieza</u>	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"/>
Nombre	Dependencia	Nombre	Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input 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 <u>Maria Solano</u>	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <u>12 años</u>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <u>\$ \$1100.000</u>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto es su aspiración salarial? <u>\$ Asignado</u>	¿Por qué conceptos? <u>Alimentación, vestuario, recreación</u>
¿Cuál es su principal afición? <u>Leer, deporte</u>	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <u>Camnadora</u>	¿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"/>

15410455

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Jonh Alejandro Tello Solano		Profesión, ocupación u oficio Montenimiento		Empresa donde trabaja Colsubsidio	
Cargo actual Auxiliar Montenimiento		Dirección		Teléfono 3154390783	Ciudad Bogota
No. de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco Mama e hijos		Edades 74, 17, 14, 12	
Nombre(s) padre(s) Luis Enrique Górron		Profesión, ocupación u oficio Pensionado		Teléfono(s)	
Nombre(s) madre(s) Martha Ines Flores		Profesión, ocupación u oficio Hogor		Teléfono(s) 3114688447	
Nombre(s) hermano(s) Jonh Alexander Benitez		Profesión, ocupación u oficio Entrenador de futbol		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 Berro	Bogota
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	6	6	Bachiller	Enrique Olaya Herrera	Bogota
Educación Superior Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Contable	Capacitación 2000	Bogota
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
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-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	<input checked="" type="checkbox"/> MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B MB	4.	R B MB
Idiomas Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	Escritura
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB		R B MB	R B MB
		R B MB		R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DE TRES EMPLEOS, LA ÚLTIMA ACTIVIDAD DEBE SER ADICIONAL A LOS DATOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE. SU MANEJO DEBERÁ SER CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Serv. limpieza		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de Servicios Generales		Área del cargo Código 13	Fecha Ingreso 24/03/23	Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo	
Funciones realizadas Desinfección - limpiar Polvo - Trapear - Decapar - Cepillar							
Nombre de su jefe inmediato Christian Arevalo				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Union Temporal Servicios Q.P	Actividad Económica Alimentos	Dirección Hospital Universitario Nacional	Teléfono(s) 3904888	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Cajero	Área del cargo Cajero	Fecha Ingreso 019/12/2019	Fecha Retiro 019/12/2020	Sueldo Inicial \$
Sueldo Final \$				
Funciones realizadas Caja, inventarios, Pedidos, Ventas, atención al cliente.				
Nombre de su jefe inmediato Gianna Martinez		Cargo Gerente general		
Logros obtenidos Tener una mejor experiencia en el cargo				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Voluntario				

Nombre de la empresa Cipres S.A.S	Actividad Económica Oru 67 N° 40-80	Teléfono(s) 2615207	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de Ambiente físico	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/11/22	Fecha Retiro 04/08/22
Sueldo Inicial \$ Mínimo			
Sueldo Final \$ Mínimo			
Funciones realizadas Desinfección, decapar, trapear - Oficinas Varios			
Nombre de su jefe inmediato Amaly Garcia		Cargo	
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Voluntario			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relación de nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Ana Cristina Palacios	Ocupación Doctora Cardióloga	Dirección Fundación Santa Fe
			Teléfono 323 4764428
2.	Nombre Cristian Borbon	Ocupación Asesor Comercial	Dirección Banco Popular
			Teléfono 3023443086
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Tatiana Sanchez Gano	Ocupación Asesora Comercial	Dirección
			Teléfono 3153987853
2.	Nombre Margoth Fajardo	Ocupación Compras	Dirección
			Teléfono 311 2351878

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 cc. 5206442213 Jc
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52064422-680264

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTÁ 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)

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
SANDRA PATRICIA GARZON FLOREZ	C.C.	52,064,422	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Gomez Rodriguez		Nombre(s) del aspirante Marisol	
Fecha de nacimiento D 08 M 12 A 77	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio calle 112 A bis. # 68 A-59		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 3205680802	
Correo electrónico marisol-gomez1977@outlook.es		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria. Servicios generales		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral mas de 5 años

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional 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: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

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"/>	Tipo de contrato
		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
			Nombre
			Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
	Dependencia	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Ligia Vargas	Teléfono 3202137813
			¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.300.000	
¿Por qué conceptos? Almuerzo, Alimentación, Servicios		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ El acordado	
¿Cuál es su principal afición? las Manualidades	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635



Nombre de la empresa Easy Clean		Actividad Económica		Dirección Diagonal 64-28-74		Teléfono(s) 746-20 60	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria		Área del cargo Cade-En		Fecha Ingreso 2 M 20 A 10	Fecha Retiro 10 M 3 A 20	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Funciones realizadas Mantenimiento oficina y áreas comunes.							
Nombre de su jefe inmediato Billy Mendoza				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Aprendi a atender funcionarios 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"/> obra labor							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro cumplimiento del 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? 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 Vasquez	Ocupación Operaria	Dirección Zoacha
			Teléfono 3213069232
2.	Nombre Adriana Sasamillo	Ocupación operaria	Dirección Villas del Dorado
			Teléfono 3125406945
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Esanqa Gomez	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.



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Harold Gomez R c.c. 32130077
---	---	---



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

CC: 52130077

Fecha de nacimiento: 08/12/1972

Edad: 51 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

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

Empresa usuaria:

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

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:

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 presento la valoración.

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

Marisol Gomez R

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 Tempora! 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 'fca1'.

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 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 Guayora Moscoso		Nombre(s) del aspirante Maris Nelda	
Fecha de nacimiento D M A 14 02 1973		Lugar de nacimiento Chicoral Tolima	
Dirección domicilio / Barrio Carre 80 B N: 56 Sur 85		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3208232057	
Correo electrónico zapataoia9@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Empleada		(*) Estado civil Viuda	
		Años de experiencia laboral 13 años	
Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> N° 39659470		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito N°	
Tarjeta profesional N°		¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Licencia de conducción N°	
		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servilimpieza		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre Maris Nelda		Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador Norina manrique	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono 322926645	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 8 años	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				¿Cuanto es su aspiración salarial? \$	

99926635

Nombre de la empresa Centro Ageo	Actividad Económica	Dirección corre 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 \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato victor castro				
Cargo sefe				
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"/> 6 años y meses Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra y labor				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro terminacion de contrato				

Nombre de la empresa Union Temporal FYA	Actividad Económica	Dirección cl 95 N° 15-33	Teléfono(s) 6063694747	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 09 09 2011	Fecha Retiro 20 09 2013	Sueldo Inicial \$ mínimo
Sueldo Final \$ mínimo				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Nubia castro				
Cargo sefe				
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 Nareis Pestana	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3102072431
2.	Nombre Loury Robles	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 32044091877
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.



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

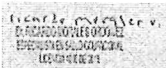
• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH]+

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 ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

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 'f c m.'.

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Hernandez Vargaz		Nombre(s) del aspirante Aoris Estela	
Fecha de Nacimiento D 20 M 11 A 07		Lugar de Nacimiento Riohacha	
Dirección domicilio / Barrio hr 132 Bis 138-71		Ciudad Bogotá	
Teléfono 322 351 3485		No. Celular 322 351 3485	
Correo electrónico		Nacionalidad Colombia	
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios		(*) Estado civil Union Libre	
		Años de experiencia laboral 2 años	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 11188002810		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Riohacha		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Distrito N°	
¿Tiene vehículo?		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Licencia de conducción N°	
		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servilimpreza				Fijo	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5 07 2023		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		Dependencia	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Johana Polo 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	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describe e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
Arriendo, Alimentación, Servicios						\$1'000.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?				¿Cuánto es su aspiración salarial?	
Deporte						1'400.000	
¿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

717021212178131

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"/>			
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"/>			
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>			
				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			
		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"/>			
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"/>			
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>			
				Otra jornada <input type="checkbox"/>					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Jose Luis Lona	Vigilante	312 7189516
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Diana Morales	Operaria Aseo	312 7189516
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	José Galván	Oficinas Varios	1hr 132 Bis 138-71 3164292308
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Carlos Acosta	Oficinas Varios	Gugumo 312 7928402

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



Marque con una X

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES: NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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

Dra. Juliana Cortes Acosta
Médica - Neumóloga
C.C. 1053335217 - Especialista SST
Licencia 1389 - 20/06/2017

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

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,

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

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

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

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	15/03/2024	Empleo o cargo al que aspira	operaria de aseo
-------	------------	------------------------------	------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante		Nombre(s) del aspirante	
Hidalgo Lopez		María Fernanda	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
10/04/1997	Turbaco (Bolívar)		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
Cra 87140-65		Bogotá	
Teléfono		No. Celular	
		3107752535 - 3160442428	
Correo electrónico		Nacionalidad	
marilidalgo1997@gmail.com		Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
operaria de aseo y cafetera		soltera	5 años

DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1050971458	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Turbaco (Bolívar)	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

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?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	Labor contratada		
¿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	24/03/2023		
¿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"/>		
¿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	Edison Rodriguez	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	1 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	A/c	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	\$ A/c	¿Cuánto es su aspiración salarial?	A/c
¿Por qué conceptos?	Aprendo, servicios u otras cosas a personas						
¿Cuál es su principal afición?	sacar a mi hijo adelante						
¿Practica algún deporte?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?					
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?							
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?						

Nombre de la empresa Lasu Empresa Institucional mínimo		Actividad Económica minimo		Dirección cr 74 # 519-42		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gestor de Aseo y cafetería		Área del cargo operaria		Fecha Ingreso 12/05/2013	Fecha Retiro 09/2012	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final minimo
Funciones realizadas limpieza de oficinas, reparto de tintos							
Nombre de su jefe inmediato Enid M. Kappler castro				Cargo recursos humanos			
Logros obtenidos Gestor de Aseo y cafetería							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		obra o lavar			
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 Dramante		Actividad Económica minimo		Dirección cr 10 # 32-01		Teléfono(s) 7464712	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de aseo		Área del cargo operaria		Fecha Ingreso 15/08/2010	Fecha Retiro 01/03/2011	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas operaria de aseo							
Nombre de su jefe inmediato Wendy Dayana osorio				Cargo Auxiliar de gestión humana			
Logros obtenidos operaria de aseo							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Renuncia, cosas personales							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Jorge Herrera P.	Ocupación Secretaría Ejecutiva	Dirección Alcalda de Bogotá
2.	Nombre Sonia Cecilia Segura	Ocupación Arquivista	Dirección Alcalda de Bogotá
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre José Iván Hidalgo	Ocupación Auxiliar de policía	Dirección 20 de julio
2.	Nombre José Helena Lopez	Ocupación Casa familiar	Dirección 20 de julio

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

Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p> C.C. 1050971458</p>
--	---	--

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

Fecha de nacimiento: 18/04/1997

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERÍA

Edad: 26 Sexo: FEMENINO

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

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



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
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 presento la valoración.

Dra. Laura E. Dotor R.
Especialista en Fisiología
y Salud en el Trabajo
R.M. 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 "f c l".

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: 04 M 03 A 2024 Empleo o cargo al que aspira: Oficios Generales

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Hernandez Luna		Nombre(s) del aspirante Maribel	
Fecha de nacimiento D 25 M 01 A 1969		Lugar de nacimiento Bogota D.C.	
Dirección domicilio / Barrio calle 80 bis 91-90 sur		Ciudad Bogota	
Teléfono 313 4219368		No. Celular 313 4219368	
Correo electrónico Palomacarias2020@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios generales		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 18 años 3 meses	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 51970521		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota D.C.		Distrito N°	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

Persona con actitud y aptitud de liderazgo, vocación de servicios dinámica con habilidades como la planificación, organización, orientación al resultado en el trabajo en equipo, alto grado de honestidad y responsabilidad en el cumplimiento de labores asignadas

III. INFORMACION PERSONAL

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

99926635

71702124007813

Nombre de la empresa Congregación Dominicanas		Actividad Económica Educativa		Dirección calle 72-11		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Elaboración de alimentos		Área del cargo cocina	Fecha Ingreso D M 2 A 15	Fecha Retiro D M 10 A 8	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo	
Funciones realizadas Elaboración de alimentos y planeación de menú							
Nombre de su jefe inmediato Sor Guilma Henao				Cargo Madre Superiora			
Logros obtenidos Aprendizaje en diferentes menús, manejo de personal de manera serena							
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 Artístico		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales		Área del cargo General	Fecha Ingreso D M 01 A 2017	Fecha Retiro D M 11 A 2005	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo	
Funciones realizadas Realizar Mantenimiento y organización de oficinas, barros, cafetería y preparación de bebidas calientes y cuidado y atención a los niños							
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"/> 8 años		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 Terminación de contrato - Empalme.							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Carolina Garcia	Ocupación Psicóloga	Dirección 3134444662
2.	Nombre Sor Guilma Henao	Ocupación Economa	Dirección calle 72 #11-04
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Nicolas Abril	Ocupación Independiente	Dirección calle 806-91-90
2.	Nombre Juan Carlos Ortega B	Ocupación Dn Adm y Financiero	Dirección Cra 9#12 c 10

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

Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105' (Legis)

Firma del solicitante

C.C.



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: MARIBEL HERNANDEZ LUNA

Fecha de nacimiento: 25/01/1969

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 51970521

Edad: 55 Sexo: FEMENINO

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

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



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD:

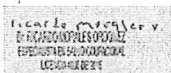
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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 presento 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 'f c m'.

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

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

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



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](mailto: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

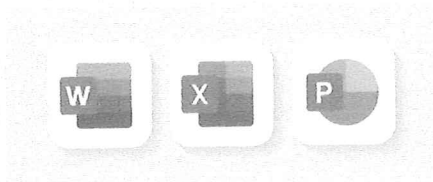
Duración marzo 15 de 2022 a noviembre 28 de 2023

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

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: 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



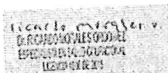
EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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



RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

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 'fca'.

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
28 / 02 / 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 Yenbeth	
Fecha de nacimiento 23 / 10 / 1989		Lugar de nacimiento Barranquilla - Atlántico	
Dirección domicilio / Barrio Calle 80bis sur # 94-80 Bosa		Ciudad Bagota DC.	
Teléfono 6638292		N°. Celular 3115159055	
Correo electrónico laprin23@hotmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar de servicios generales		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 5 años	

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

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? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

A nivel laboral espero adquirir mas conocimientos 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?	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Serv Limpiezas		
¿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"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
	Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
			Teléfono
¿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?	Alquiler Alimento con servicio publico		¿Cuánto es su aspiración salarial?
			\$ 8.000.000 A convenir
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?	¿Cuál(es)?	
Leer cantar	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19706000

Nombre de la empresa Centro Asco	Actividad Económica	Dirección Kv928b #77-12	Teléfono(s) 86064433
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar Servicios Generales oficina	Área del cargo	Fecha Ingreso 04/01/2019	Fecha Retiro 30/06/22
Sueldo Inicial \$1.000.000		Sueldo Final \$1.000.000	
Funciones realizadas Desinfección de áreas y cafetería			
Nombre de su jefe inmediato Victor Castro		Cargo Supervisor	
Logros obtenidos Buen desempeño en mi lugar de trabajo			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> 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 terminación comercial			

Nombre de la empresa Casa Limpia SA	Actividad Económica	Dirección Av. Eldorado 100-80	Teléfono(s) 4578383
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar Servicios Generales oficina	Área del cargo	Fecha Ingreso 24/09/16	Fecha Retiro 01/11/18
Sueldo Inicial \$ mínimo		Sueldo Final \$ mínimo	
Funciones realizadas Desinfección de oficinas áreas comunes y servicios de cafetería			
Nombre de su jefe inmediato Briselda Sierra		Cargo Supervisor	
Logros obtenidos Alcanzo de metas personales			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 2 años Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Voluntario			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Julie Ruiz Herrera	Ocupación	Dirección 3142751475
2.	Nombre Thon Ramirez Forero	Ocupación	Dirección 3006493788
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Karen Echeveras	Ocupación Auxiliar caja	Dirección 3112201132
2.	Nombre Felicion Barrios	Ocupación Ama de casa	Dirección Calle 80bis Sur #7480 3144445470

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. 1002230033.

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 presento la valoración.

Dra. Karla Canelon
Médica Especialista
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 presento la valoración.


Karla Lisbeth Canelon
Médica Especialista
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

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,

FREDY CEBALLOS MONTANA
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

SERVIATIVA 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. (secretaria de Educación Distrital, secretaria 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

1981 - 2000

Bogotá D.C

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



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 - BOGOTÁ 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

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

[Firma]
Linda Giselle Salazar Molano
Médico Especialista en Salud Laboral

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



[Firma]

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 'f c i'.

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	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 Jaramillo Tobón		Nombre(s) del aspirante Birley Adriana	
Fecha de Nacimiento 021 M 12 1977		Lugar de Nacimiento Cimitarra Santander	
Dirección domicilio / Barrio Cra 19 # 64-75 Engativá		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3125406945	
Correo electrónico jaramillotobon77@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales. C.		(*) Estado civil casada	
		Años de experiencia laboral 4 años	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52389391		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		(**) Libreta militar N°	
Tarjeta profesional N°		Distrito 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.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿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	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependencia				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 type="checkbox"/>		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?			
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 850.000.	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿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 checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	

466023428

<11181001172120117

Nombre de la empresa ELITE FACILITY	Actividad Económica	Dirección calles 72 #72A-41	Teléfono(s) 602 431877	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted op. servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/03/23	Fecha Retiro 02/02/24	Sueldo Inicial \$160.000
Funciones realizadas		Sueldo Final \$160.000		
Nombre de su jefe inmediato servicios generales cafetera Nancy Zabala		Cargo Supervisora		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input 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"/>		Contrato por medio de agencia <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 GIAF	Actividad Económica	Dirección Florida Blanca S.	Teléfono(s) 602 6388957	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted op. servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/03/23	Fecha Retiro 04/08/23	Sueldo Inicial \$160.000
Funciones realizadas		Sueldo Final \$160.000		
Nombre de su jefe inmediato servicios generales cafetera Florencia Ramirez		Cargo Supervisora		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input 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"/>		Contrato por medio de agencia <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 podamos 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 cc52389391
---	---	--

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
• 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:

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

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

Sirley A 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 'fca1'.

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

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

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

Fecha: 14/03/2024 Empleo o cargo al que aspira: ASO y cafetería

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Lopez Gutierrez		Nombre(s) del aspirante Lozmay	
Fecha de nacimiento D 11/04/1983		Lugar de nacimiento Mito - Vauces	
Dirección domicilio / Barrio Calle 38A Sur 182A-77 Nanagrande		Ciudad Bogotá	
Teléfono 323 290740		No. Celular	
Correo electrónico lopezgutierrezlozmay@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios		Años de experiencia laboral	
(*) Estado civil soltera		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 691802250		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Mito		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
¿Tiene vehículo?		Licencia de conducción N°	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Categoría	



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 operativa desarrollando funciones de limpieza, desinfección, escritorios, lavado, de capado, brillado, sellados de pesos, actividades de cafetería, manipulación de alimentos, lavado platos, destapador mi eficiencia y agilidad, trabajo en equipo, atención al cliente.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servilimpieza		Independiente <input type="checkbox"/> Obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		Dependencia	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		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"/>		Teléfono	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos?		Nombre del arrendador		3028997462 9 años 3 meses	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
hacer deporte		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		\$ 1'100.000	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuanto es su aspiración salarial?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?		\$ 10 asignado	

Nombre de la empresa Centro Aseo Mantenimiento Aseo y cafetería		Actividad Económica ca 28 B# 77-12		Dirección ca 28 B# 77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario Aseo y cafetería		Área del cargo operativo		Fecha Ingreso 11/10/2022		Fecha Retiro 23/03/2023	
Funciones realizadas Limpieza, desinfección, escritorios, baños, áreas comunes, partes bajas, altos, lavado baños, trapear, decapado, brillo, pisos, preparación bebidas calientes		Sueldo Inicial \$1.000.000		Sueldo Final \$1.160.000			
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina Sanchez				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> 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 Aseo y cafetería		Actividad Económica calle 71# 72A-41		Dirección 7431822		Teléfono(s) 7431822	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Aseo y cafetería		Área del cargo operativo		Fecha Ingreso 12/06/2016		Fecha Retiro 08/10/20	
Funciones realizadas Limpieza desinfección escritorios, partes bajas, altos, lavado baños, limpiar baños, trapeado, mopear, lavado pisos, decapado, atención al cliente		Sueldo Inicial 1076.550		Sueldo Final 1076.550			
Nombre de su jefe inmediato Mildre Vergara				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> 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 Glady's Contreras	Ocupación amra de centro	Dirección calle 39A Sur # 82A-48
			Teléfono 31122639162
2.	Nombre Sandra Gaona	Ocupación Emprenda	Dirección
			Teléfono 3223968606
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Thomas Moreno	Ocupación Estudiante	Dirección calle 38A Sur # 82A-77
			Teléfono 3209874291
2.	Nombre Carol Gutierrez	Ocupación Emprenda	Dirección transversal 14# 110-23
			Teléfono 320219674

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105' (Legis)	Firma del solicitante C.C. 61802250
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



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

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
LUZ MERY LOPEZ GUTIERREZ	C.C.	69,802,250	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante 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		No. Celular 3212444338	
Correo electrónico Pilarlopez2726@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 5 años	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 53218357		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
		Categoría	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			



II. PERFIL LABORAL

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

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servilimpieza		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> 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"/>		¿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	
¿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 Seigio Rodrigo Carrillo Ruiz	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono	
¿Por qué conceptos?				¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 meses	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿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)?		¿Cuánto es su aspiración salarial? Asignado	

492023475

7170212100781

Nombre de la empresa Lasu (limpieza institucional)		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de aseo y cafetería		Área del cargo	Fecha Ingreso 07/01/2022	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$ mínimo
Funciones realizadas		Sueldo Final \$ mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Fredy		Cargo Supervisor			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro					

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica	Dirección Cra 28 B# 77-12		Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo y cafetería		Área del cargo	Fecha Ingreso 03/10/2022	Fecha Retiro 23/03/2023	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Funciones realizadas		Sueldo Final \$ Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Adriana lozano		Cargo Supervisora			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input 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	Ocupación operaria Aseo	Dirección 322 874 4355
2.	Nombre David Alvarez Nera	Ocupación Independiente	Dirección 311556 4326
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Derly Jazmin Lopez S.	Ocupación operaria aseo	Dirección 323 220 7362
2.	Nombre Temilda Sanchez c.	Ocupación Independiente	Dirección 312 5120 978

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

Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Pilar bpez s. c.c. 53048357</p>
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 53048357-680063

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: MARIA DEL PILAR LOPEZ SANCHEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 1/04/1984
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 13 A ESTE 74 42 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 53048357
Teléfono: NA **Móvil:** 3212444331
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL EN EL DESARROLLO DE TODAS LAS ACTIVIDADES
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EVITANDO EL SEDENTARISMO Y PROMOVRIENDO UNA INGESTA BALANCEADA DE ALIMENTOS.
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,

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 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.

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	<i>Servicios Generales</i>

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Leon Escobar</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Ledy Yoana</i>	
Fecha de nacimiento D <i>29</i> M <i>06</i> A <i>1990</i>		Lugar de nacimiento <i>Bogotá</i>	
Dirección domicilio / Barrio <i>Cll 31b sur # 68a 71 Alqueria la Fragua</i>		Ciudad <i>Bogotá</i>	
Teléfono		No. Celular <i>3205923047</i>	
Correo electrónico <i>ledy leon 41@gmail.com</i>		Nacionalidad <i>Colombiana</i>	
Profesión, ocupación u oficio <i>Servicios Generales</i>		(*) Estado civil <i>Unión libre</i>	Años de experiencia laboral <i>10 años</i>

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <i>1022363890</i>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Bogotá</i>	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? 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 fácil 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? <i>Servilimpieza</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <i>Obra - labor</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 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?	Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <i>Adorinda Piña</i>	Teléfono <i>12 años</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <i>\$ 1.050.000 =</i>	¿Cuanto es su aspiración salarial? <i>\$ SMLV</i>
¿Por qué conceptos? <i>Transporte, arriendo, servicios, salud</i>		¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>\$ SMLV</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>lectura</i>		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

11182001721202112

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica		Dirección Cra. 286 # 77-12		Teléfono(s) 6014849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de aseo y cafetería		Área del cargo		Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ 5MLV	Sueldo Final \$ 5MLV
Funciones realizadas Realizar el aseo de la area asignada, prestar un buen servicio al cliente teniendo en cuenta las BPM							
Nombre de su jefe inmediato Adriana				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos Adquirir conocimiento y manejo de las BPM							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input 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 Terminación Comercial							

Nombre de la empresa Lasu		Actividad Económica		Dirección Cra 74 # 519 42		Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de aseo y cafetería		Área del cargo		Fecha Ingreso D 12 M 01 A 22	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 5MLV	Sueldo Final \$ 5MLV
Funciones realizadas limpieza, desinfección de la area asignada, prestando un buen servicio al cliente.							
Nombre de su jefe inmediato Fredy Guzman				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Experiencia servicio al cliente							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminación Comercial							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Jose Ariel Bocanegra	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección Cra. 59 # 4630	Teléfono 3125676779
2.	Nombre Manuel Enrique Barreto	Ocupación Mantenimiento	Dirección	Teléfono 3044717022
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Carlos Alberto Gomez	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección Cll 31 b sur 68 a 71	Teléfono 3054254948
2.	Nombre Maria lucila Escobar	Ocupación	Dirección Cra 53 # 5975	Teléfono 3142485360

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

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.G. 1022363890 Bta.
---	--	---



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: 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 OPTOMETRIA

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

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

LAURA ESTEFANIA 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'.

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante LOZANO ORTEGA		Nombre(s) del aspirante ANGELA LILIANA	
Fecha de nacimiento D 16 M 10 A 1998		Lugar de nacimiento BOGOTÁ	
Dirección domicilio / Barrio KR 131 # 26 SUR - 42		Ciudad SORCHA	
Teléfono		N°. Celular 3124890253	
Correo electrónico ANGELALILIANA@LOZANO16@GMAIL.COM		Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil SOLTERA	
		Años de experiencia laboral	
DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1016105801	(**) 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 PRODUCTIVA RESPONSABLE, COMPLICADA CON MIS LABORES CON UNA ALTA CAPACIDAD DE ENTENDER Y ACATAR ORDENES. POSEO UN CARACTER DINAMICO CONSTANTE Y OPTIMISTA, ACADAMICAMENTE CON EL OBJETIVO DE SEGUIR AVANZANDO EN MIS ESTUDIOS E INCREMENTAR MIS CONOCIMIENTOS PARA DAR MEJORES RENDIMIENTOS.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? SERVIMUNDA		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> OBRERA LABOR	
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha D M A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
Dependencia				Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Teléfono	
¿Por qué conceptos? ALIMENTACION, TRANSPORTE ENTRE OTROS		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 MESES	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1,200,000		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
¿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)?					

14117235

7 701200 412035

Nombre de la empresa GRUPO EMPRESARIAL SCUD	Actividad Económica	Dirección CL 69 # 32 C-24	Teléfono(s) 2358568	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso 22 MAR 20	Fecha Retiro 28 MAR 21	Sueldo Inicial \$908526
Sueldo Final \$908526				
Funciones realizadas ADGO Y 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 <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	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 SANDRA OSORIO	Ocupación EMPLEADO	Dirección 3107788226
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre KATERINE ORTIZ	Ocupación EMPLEADA	Dirección 3018159096
2.	Nombre GUSTAVO CAYACHO	Ocupación EMPLEADO	Dirección 392790789

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. 7016105801

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1016105801-680079

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTÁ 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 'f c i'.

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

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA


PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Lopez Aldana		Nombre(s) del aspirante Karen Yolie	
Fecha de nacimiento 30 06 1995	Lugar de nacimiento Soacha (Cundinamarca)		
Dirección domicilio / Barrio Travesa 73DBis A #65A-57 sur			
Ciudad Bogotá			
Teléfono		No. Celular 311 819 6679	
Correo electrónico lopz_kar630@hotmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar de servicio generales		(*) Estado civil Casada	Años de experiencia laboral 6 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024566 216	(**) 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

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? Servulimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿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"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Jenny Lopez	Teléfono 3125524919
¿Por qué conceptos?	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuanto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000
¿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)?	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ El Mínimo

539926635

717021241007813

Nombre de la empresa Jeiso S.A.S	Actividad Económica	Dirección Cra 69 #32C-24		Teléfono(s) 144 46 00	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso 22 04 2020	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial El Mínimo	Sueldo Final
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de áreas a desempeñar					
Nombre de su jefe inmediato Teresa		Cargo Supervisora			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿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 Terminación de Contrato					

Nombre de la empresa Serulimpieza	Actividad Económica	Dirección Calle 86d #30-29		Teléfono(s) 628 6140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 03 2018	Fecha Retiro 21 04 2020	Sueldo Inicial El Mínimo	Sueldo Final
Funciones realizadas Limpieza y desinfección de áreas a desempeñar					
Nombre de su jefe inmediato Constanza Fernandez		Cargo Supervisora			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿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 Terminación de contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Nelly Velasquez	Ocupación Amade casa	Dirección Perdomo	Teléfono 3123216740
2.	Nombre Liliana Garcia	Ocupación Camillera	Dirección Bosa Recreo	Teléfono 310 236 3167
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Christian Zambrano	Ocupación Independiente	Dirección Traver 73DBSA#65A57	Teléfono 3014896128
2.	Nombre Edilma Aldana	Ocupación Amade casa	Dirección Traver 73DBSA#65A57	Teléfono 3004852013

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 Karen Lopez C.C. 1029566246
---	---	--

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
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

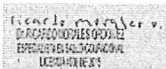
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

CONTROL ANUAL

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



RICARDO MORALES ORDÓÑEZ
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,

FREDY CEBALLOS MONTANA
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	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante LoPez Doria		Nombre(s) del aspirante Pedro Antonio	
Fecha de nacimiento 28/07/1988		Lugar de nacimiento Lorica cordoba	
Dirección domicilio / Barrio calle 41C Sur #81h09 el ambaro		Ciudad Bogota	
Teléfono 3154054819		N°. Celular	
Correo electrónico PedricianoLoPez44@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios		(*) Estado civil Soltero	
		Años de experiencia laboral 7 años	

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No. 1063148543	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Lorica cordoba	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona honesta responsable en mi punto de trabajo
Soy una persona con habilidad y desempeño en mi trabajo
y buen compañero

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"/>	Servilimpieza		
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	24/03/2023	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
	Dependencia		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? empalme
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: <input type="checkbox"/> Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
		Alberto	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono
			3125848226
¿Por qué conceptos?	Arriendo de la casa y alimentos		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Cuál es su principal afición?	Leer		7 meses
¿Practica algún deporte?	¿Cuál(es)?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ejercicio	\$750000	\$ Lo Asignado
¿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)?			

19039921



Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Carre 28B#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 \$ 908326				
Funciones realizadas Aseo Salones Oficinas Zonas Verdes, baños Pasillos encerado Sellos desinfección de arias.				
Nombre de su jefe inmediato Angela Castellano		Cargo Super Visora		
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				

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Carre 28B#77-12	Teléfono(s) 6014849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario	Área del cargo	Fecha Ingreso D 3 M 1 A 29	Fecha Retiro D 21 M 4 A 20	Sueldo Inicial \$ 877603
Sueldo Final \$ 877603				
Funciones realizadas Barrer, trapiar, des papelar las canecas Limpieza de baños, Limpieza de Vidrios				
Nombre de su jefe inmediato Claudia Sanchez		Cargo Super Visora		
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	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Jairo Luis Lopez	Ocupación Guarda seguridad	Dirección Calle 14A14	Teléfono 3218576707
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

Pedro Lopez Doria
C.C. 1063148543

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

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
PEDRO ANTONIO LOPEZ DORIA	C.C.	1,063,148,543	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i.', likely representing Fredy Ceballos Montana.

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

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	Auxiliar de Servicios Generales

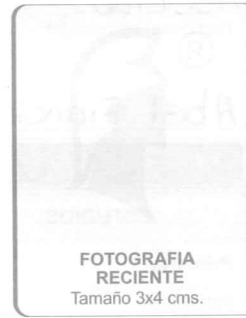
I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante		Nombre(s) del aspirante	
Lozano Ochoa		Gladys Stella	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
D M A	Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
Calle 88 sur # 88c89 de Bogotá		Bogotá	
Teléfono		No. Celular	
7976828		3115077400	
Correo electrónico		Nacionalidad	
gladys-osos@hotmail.com		Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Auxiliar de Servicios Generales		Union libre	25 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52832379	(**) 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?	Licencia de conducción N°
	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
				D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		
		Dependencia	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 checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
				7976828	5 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
				\$ 1.200.000 =	
¿Por qué conceptos?		Cuota apartamento, Alimentación, Servicios, deudas		¿Cuanto es su aspiración salarial?	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	
				\$ El asignado	
¿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)?					

99926685



Nombre de la empresa Lasu	Actividad Económica	Dirección Kra 74 #51a-42		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gastos de aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso 20/04/2021	Fecha Retiro 30/09/2022	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Manejo de maquinaria como hidrolavadora, brilladora, limpieza y desinfección y manejo de insumos, cafetería					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez			Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Terminación de contrato					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de contrato					

Nombre de la empresa Easyclean	Actividad Económica	Dirección Diagonal 74 bis #20b-74		Teléfono(s) 7432060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios Gen	Área del cargo	Fecha Ingreso 10/02/2020	Fecha Retiro 19/04/2021	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Manejo de maquinaria como hidrolavadora, brilladora, cafetería, manejo de insumos					
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación 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 podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Jose nuñez	Ocupación Empleado	Dirección Calle 88 Sur #88c89	Teléfono 3115116944	
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono	

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

Marque con una X

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

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 OSTEOMUSCULAR	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

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
GLADYS STELLA LOZANO OCHOA	C.C.	52,832,379	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	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 Lara Pinzón		Nombre(s) del aspirante Diana Marcela	
Fecha de Nacimiento 27 10 1996		Lugar de Nacimiento Bogota D.C	
Dirección domicilio / Barrio Carrera 81C # 2B-67 María paz		Ciudad Bogota D.C	
Teléfono 3148312098		No. Celular 3114498076	
Correo electrónico dianitabebe1996@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 10 años	

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

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 Integral Comprometedor, Cumplido con mis compromisos al 100%. Doy lo mejor de mí, puntual - honesta y todo es para darles un mejor nivel de vida a mi Familia.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? servilimpieza		Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato obra 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"/>		¿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"/>	
¿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	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describa e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo, servicios, alimentación.		¿Cuál es su principal afición?		¿Cuánto es su aspiración salarial? Al Asignado	
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

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 Molano 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"/> ¿Cual? obra y 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 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"/> ¿Cual? obra y 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 Termino de contrato.					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Luz dary pulido	Ocupación Auxiliar de servicio	Dirección	Teléfono 3204389381
2.	Nombre Giovanny alberto cerpedes	Ocupación oficial de construcci	Dirección	Teléfono 3213352435
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Sara lara	Ocupación hama 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.



Marked with an X

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

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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

Dra. Karla Canelon
Médica Especialista
R.M. 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 "f c i".

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

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante león		Nombre(s) del aspirante Gloria Esperanza	
Fecha de nacimiento 08/07/1979	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Kv 88c # 63-67 sur		Ciudad Bogotá	
Teléfono (601) 627 29 31	No. Celular 3198390577 - 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. 52465439	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bta	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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿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 M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 Alirio Bejarano	Teléfono ¿Hace cuanto 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?		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

Nombre de la empresa limpieza institucional losú	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 29/04/21	Fecha Retiro 31/01/23	Sueldo Inicial \$1'000.000	Sueldo Final \$1'000.000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato					
Cargos					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Fin Contrato obra o labor					

Nombre de la empresa Elite Soluciones	Actividad Económica	Dirección calle 71 N° 72-41		Teléfono(s) 3422835	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria Servicios G.	Área del cargo	Fecha Ingreso 23/04/20	Fecha Retiro 28/04/21	Sueldo Inicial \$908.526	Sueldo Final \$1'000.000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato					
Cargos					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Fin Contrato obra o labor					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Marcela Cardona	Ocupación Abogada	Dirección 3167583770
2.	Nombre Edgar Beltran	Ocupación Empleado	Dirección 3125104599
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Miriam Sella Campes	Ocupación Jefe R. Honrada	Dirección 3115489668
2.	Nombre Adán C. León	Ocupación Hogar	Dirección Xr88c#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 mí en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Shou & Lin
c.c. 52465439

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	GLORIA ESPERANZA LEON	Identificación:	52465439
Género:	FEMENINO Edad: 44	Teléfono:	NA Móvil: 3212380876
Fecha Nacimiento:	8/07/1979	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	KR 88 C 63 67 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 ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL EN EL DESARROLLO DE TODAS LAS ACTIVIDADES HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EVITANDO EL SEDENTARISMO Y PROMOVRIENDO UNA INGESTA BALANCEADA DE ALIMENTOS.
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 "f c i".

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 27/02/2024 Empleado o cargo al que aspira: OPERARIA DE ASEO Y CATETERIA

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante LOZANO MARIQUE		Nombre(s) del aspirante JAYDI	
Fecha de nacimiento 20/07/1973	Lugar de nacimiento CUNDAY TOIMA		
Dirección domicilio / Barrio TRANO 34 #36-41		Ciudad SOACHA	
Teléfono 3118958109		Nº. Celular 3118958109	
Correo electrónico Jeydilozano796@gmail.com		Nacionalidad Colombia	
Profesión, ocupación u oficio SERVICIOS GENERALES		Años de experiencia laboral 23 AÑOS	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52635791		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ		Distrito No. _____	
Tarjeta profesional No. _____		Licencia de conducción No. _____	
¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría _____	



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral
soy una persona responsable tolerante y dedicada a mi labor la cual desarrollo con responsabilidad

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servicio limpieza		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> obra labor	
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre _____ Dependencia _____		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador _____		Teléfono _____	
¿Por qué conceptos?		Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 13 AÑOS	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿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)?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ ASIGNADO	

19706000

7 702124 007813 >

Nombre de la empresa Crear calle 81		Actividad Económica		Dirección calle 126 A N 7 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 04/22	
				Sueldo Inicial \$ MINIMO		Sueldo Final \$ SMLV	
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	
				\$		\$	
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 ROBERTO CARLOS CARDENAS CONDUCTOR	Ocupación	Dirección
			Teléfono 3125041534
2.	Nombre LILIANA GONZALEZ	Ocupación empleada	Dirección
			Teléfono 3212268603
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Luis Angel Hernandez	Ocupación CONDUCTOR	Dirección
			Teléfono 3214469428
2.	Nombre CORIS MANRIQUE	Ocupación HOJA	Dirección
			Teléfono 3103409023

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. 51635491 P1
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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 CORRECCION OPTICA 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 "f c i".

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 15 M 03 A 2024	Empleo o cargo al que aspira
---------------------------	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Loaiza Perdomo		Nombre(s) del aspirante Maritza Fernanda	
Fecha de Nacimiento D 18 M 03 A 84	Lugar de Nacimiento Bogotá	Ciudad Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio 66 61 Sur 20 A 30		Teléfono 322 8944379	
Correo electrónico Fernandaperdomo685@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Empleado		(*) Estado civil casada	Años de experiencia laboral 5 años

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

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

Una persona Respetosa, honesta Responsable
Cumplicida Jiradosa

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpizza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Jeana	Teléfono 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? Alimentación Servicios Vestuario	¿Cuál es su principal afición? loer	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? Lo asegurado
¿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

71702124.007813

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

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

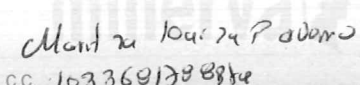
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Camilo Cobarral	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 301-673-64-06
2.	Nombre Johan Claudio	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3-16-6-95-90-66
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Jesus Lopez	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3-209-54-21-62
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  C.C. 1033691388354
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



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

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
Nít. 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 1".

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.