

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Londono Villegas</i>	Nombre(s) del aspirante <i>Edilson</i>		
Fecha de nacimiento <i>D 19 M 03 A 1977</i>	Lugar de nacimiento <i>Planadas Tolima</i>		
Dirección domicilio / Barrio <i>Bosa Polvenir</i>	Ciudad <i>Bogota</i>		
Teléfono <i>3144212888 - 3165337502</i>	No. Celular		
Correo electrónico <i>londonovillegasedilson@gmail.com</i>	Nacionalidad <i>Colombiana</i>		
Profesión, ocupación u oficio <i>Jardinero</i>	(*) Estado civil <i>Soltero</i>	Años de experiencia laboral <i>32 años</i>	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 14191476	(**) Libreta militar N° _____	Primer clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N° _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° _____	Categoría _____

DOCUMENTACION

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

II. PERFIL LABORAL

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

Trabajo de campo con habilidades frente a cultivos de siembra, cafe, Platano ayudante de construcción, etc

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Nombre _____
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicito empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia _____	Nombre _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Nombre del arrendador <i>Martha</i>	Teléfono _____	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>1 año</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual _____	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <i>\$ 1.200.000</i>	
¿Por qué conceptos? <i>Arriendo, comida, servicios, transporte, etc.</i>	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <i>El asignado</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>Trabajar</i>	¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

99926635

7021240007813

Nombré de la empresa Centro Asco	Actividad Económica	Dirección Carrera 28 b #77-12		Teléfono(s) 4849126	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Jardineró	Área del cargo	Fecha Ingreso D 11 M 10 2022	Fecha Retiro D 23 M 03 2023	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo

Funciones realizadas

Guadagnar, siembra de Plantas y mantener las

Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez	Cargo Supervisora
--	-----------------------------

Logros obtenidos

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

Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
--	---

Motivo del retiro Terminacion de Contrato

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

Funciones realizadas

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

Logros obtenidos

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

Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
---	--

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Sandra Lorena Beltian	Ocupación Indpendiente	Dirección calle 54 sur #98-16	Teléfono 3202937996
2.	Nombre Moises Soto	Ocupación Dueño finca	Dirección Vereda Fordan	Teléfono 3174089849
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Kelly londón	Ocupación Estudiante	Dirección Vereda Fordan	Teléfono 3114498676
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 § 107 (Legis)	Firma del solicitante Edilson londón C.C. 74197476
---	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 14191476-680879

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 14 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: EDILSON LONDOÑO VILLEGRAS
Género: MASCULINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 19/03/1977
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CL 54 C SUR 98 10
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 14191476
Teléfono: NA **Móvil:** 3144212888
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: SE RECOMIENDA VALORACION POR SU ENTIDAD DE SALUD POR HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Dra. Natalia Beltran
Medico Especialista en Salud Laboral
Natalia Andrea Beltran Suescun
RM: 25 1627/2011 Lic: 17024 28



Edilson londoño



Firma y cédula del Paciente
EDILSON LONDOÑO VILLEGRAS
14191476



AXA COLPATRIA

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
EDILSON LONDOÑO VILLEGRAS	C.C.	14,191,476	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

www.formasminerva.com

Fecha 23 M 02 2024 Empleo o cargo al que aspira Operario de mantenimiento

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <input type="text"/> Madrigal Diaz	Nombre(s) del aspirante <input type="text"/> Luis Enrique
Fecha de nacimiento <input type="text"/> 27 M 03 1996	Lugar de nacimiento <input type="text"/> Bogota
Dirección domicilio / Barrio <input type="text"/> Calle 1ab is a # 1a 40	Ciudad <input type="text"/> Bogota
Teléfono <input type="text"/>	Nº. Celular <input type="text"/> 3248362025
Correo electrónico <input type="text"/> cd3587145@gmail.com	Nacionalidad <input type="text"/> Colombiano
Profesión, ocupación u oficio <input type="text"/> Operario de mantenimiento	(*) Estado civil <input type="text"/> Union libre
	Años de experiencia laboral <input type="text"/> 6 años


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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <input type="text"/> 1023950293	(**) Libreta militar No. <input type="text"/> 1023956293
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <input type="text"/> Bogota	Primer clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. <input type="text"/>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
¿Tiene vehículo? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. <input type="text"/> 1023950293
	Categoría <input type="text"/> C2

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <input type="text"/> ServiLimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <input type="text"/> obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre <input type="text"/> Yanira Vanegas	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Dependencia <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 type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador <input type="text"/> Yanira Vanegas	Teléfono <input type="text"/> ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <input type="text"/> 8 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describallo e indique su valor mensual <input type="text"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <input type="text"/> \$ 1'000,000 =
¿Por qué conceptos? <input type="text"/> Arriendo, Alimentación, Servicios, vehículo	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <input type="text"/> futbol	¿Cuánto es su aspiración salarial? <input type="text"/> \$ El acordado
¿Cuál es su principal afición? <input type="text"/> Futbol	¿Cuál(es)? <input type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? <input type="text"/> Medallas		

141117239

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección Calle 86 D # 30-21	Teléfono(s) 6017432060		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario mantenimiento	Área del cargo	Fecha Ingreso D 11 M 10 A 18	Fecha Retiro D 09 M 02 A 20	Sueldo Inicial \$ 800,000	Sueldo Final \$ 300,000

Funciones realizadas

Mantenimiento y apoyo de Limpieza

Nombre de su jefe inmediato Jhon Roa	Cargo
--	-------

Logros obtenidos

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

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada Motivo del retiro **Terminación de contrato**

Nombre de la empresa Servidases	Actividad Económica	Dirección Cra 54 # 19 - 71	Teléfono(s) 6013352220
---	---------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de Limpieza	Área del cargo	Fecha Ingreso D 25 M 04 A 18	Fecha Retiro D 10 M 04 A 18	Sueldo Inicial \$ 781242	Sueldo Final \$ 781242
--	----------------	--	---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Funciones realizadas
Limpieza areas ordenadas, organizadas.

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

Logros obtenidos

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

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada Motivo del retiro **Terminación de contrato**

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Jaimen Rincon	Ocupación Pensionado	Dirección Calle 6b sur # 2-12	Teléfono 3142940101
2.	Nombre Victor Rincon	Ocupación Pensionado	Dirección Calle 6b sur # 2-12	Teléfono 3105551791
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Johana Madrigal	Ocupación Ama de Casa	Dirección Calle 1a bis a # 1a-40	Teléfono 3113062471
2.	Nombre Diana Patricia Medina	Ocupación Ama de Casa	Dirección	Teléfono 3115003653

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 Luis MADRIGAL C.C. 1023950293
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1023950293-680084

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LUIS ENRIQUE MADRIGAL DIAZ	Identificación:	1023950293
Género	MASCULINO	Teléfono	0 Móvil: 3244362025
Fecha Nacimiento:	27/03/1996	Cargo:	OPERARIO DE MANTENIMIENTO
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
Dirección	CALLE 1A BIS A N 1A 40	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Andrea P. Galvez Cuitiva

Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Medico Especialista en Salud Laboral
Licencia 1770
C.C. 1.026.256.179

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



Luis Madrigal

Firma y cédula del Paciente
LUIS ENRIQUE MADRIGAL DIAZ
1023950293





**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
LUIS ENRIQUE MADRIGAL DIAZ	C.C.	1,023,950,293	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "FREDY CEBALLOS MONTAÑA".

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

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	P1	Empleo o cargo al que aspira
D	M	A

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante		
Joaquín Chaves	José David		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
D 19 M 09 A 87	Bogotá D.C.		
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad		
CIA 48 C # 70-12 SUR	Bogotá D.C.		
Teléfono	No. Celular		
	30131688048		
Correo electrónico	Nacionalidad		
verdolagagnegocios@gmail.com	colombiano		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
Auxiliar de mantenimiento	Soltero	8 años	
DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024444933	(**) Libreta militar N° 1024444933	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N° 52	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°	Categoría
	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

conocimiento con un gran interés, tengo gran capacidad para el trabajo en equipo, considero una persona trabajadora y respetuosa

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Searchpoint	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"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 16000000	
¿Por qué conceptos?		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ 1700000	
¿Cuál es su principal afición?	Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Micro fútbol	
Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

318700721201

Nombre de la empresa centro asco	Actividad Económica 120000	Dirección 78B #77-12				Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted taller de mantenimiento	Área del cargo 20 jolio	Fecha Ingreso D 02 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ 120000	Sueldo Final \$ 130000	
Funciones realizadas mantenimiento gresas aspiradoras bolla lavadoras estufas						
Nombre de su jefe inmediato sotakia	Cargo supervisor					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro termino de contrato						
Nombre de la empresa easy clean	Actividad Económica 110000	Dirección Diag 24 BIS #203-74				Teléfono(s) 7432060
Cargo(s) desempeñado(s) por usted taller mantenimiento	Área del cargo llevano	Fecha Ingreso D 10 M 02 A 20	Fecha Retiro D 19 M 04 A 21	Sueldo Inicial \$ 110000	Sueldo Final \$ 120000	
Funciones realizadas mantenimiento gresas aspiradoras estufas aspiradoras						
Nombre de su jefe inmediato pedro rotego	Cargo supervisor					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro termino de contrato						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Susan carlos	Ocupación maestro construcción	Dirección	Teléfono 3203973587
2.	Nombre welson rosales	Ocupación maestro construcción	Dirección	Teléfono 3176539832
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Liliana Rosales	Ocupación servicios general	Dirección	Teléfono 3014635115
2.	Nombre pablo rosales	Ocupación	Dirección	Teléfono 3213627734

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 ⁷ (Legis)	Firma del solicitante José David Rosales C.C. 10-21477933
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1024477933-680074

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: JOSE DAVID MORALES CHAVEZ
Género MASCULINO **Edad:** 36
Fecha Nacimiento: 19/09/1987
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 48 N 70 11 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1024477933
Teléfono na Móvil: 3013188848
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.

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

Andrea P. Galvez Cuitiva
Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Medico Especialista en Salud Laboral
Licencia: 12798
C.C. 1026-220-179



Jose David Mori



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

Firma y cédula del Paciente
JOSE DAVID MORALES CHAVEZ
1024477933



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JOSE DAVID MORALES CHAVEZ	C.C.	1,024,477,933	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "FREDY CEBALLOS MONTAÑA".

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

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

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

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

Apellido(s) del aspirante MURILLO MANRIQUE	Nombre(s) del aspirante LAURA VANESSA	
Fecha de nacimiento 28/05/94	Lugar de nacimiento BOGOTA	
Dirección domicilio / Barrio CRA 6a este # 36 - G1	Ciudad SOACHA	
Teléfono	No. Celular 3222662654	
Correo electrónico laurital80928@gmail.com	Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio	(* Estado civil SOLTERA)	Años de experiencia laboral
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1026579256	(**) 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°	Licencia de conducción N°	Categoría
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995	

II. PERFIL LABORAL

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

BACHILLER ACADEMICO, CON EXPERIENCIA EN SERVICIO AL CLIENTE DESEMPEÑANDO ACTIVIDADES DE CAJERA APoyo EN FUNCIONES OPERATIVAS CON COMPETENCIAS EN SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES TRABAJO EN EQUIPO COMPROMISO Y ORGANIZACION PRINCIPIOS MORALES Y ETICOS

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Independiente <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input 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 checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador MARTHA TRUJILLO
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono 3104747934 1AÑO
¿Por qué conceptos?	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿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



Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato	Cargo					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfno(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato	Cargo					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> 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 EDWIN VELASQUEZ	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3102360311
2.	Nombre EDWIN CORRALES	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3166193136

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

1.	Nombre LORENA MURILLO	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3104607409
2.	Nombre ELENA MANRIQUE	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3115411301

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 Laura Murillo C.Ci 1026579250
---	---	---



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: LAURA VANESSA MURILLO

MANRIQUE

Fecha de nacimiento: 28/05/1994

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1026579256

Edad: 29 **Sexo:** FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 09:02:47

Fecha salida: 2024-03-13 / 09:48:50



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

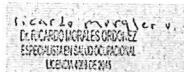
- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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

LAURA MURILLO

LAURA VANESSA MURILLO
MANRIQUE
CC: 1026579256
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales



**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
LAURA VANESA MURILLO MANRIQUE	C.C.	1,026,579,256	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha
D 27/02/2024

Empleo o cargo al que aspira

OPERARIA DE ASEO Y CATERERIA

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

Apellido(s) del aspirante

MONTOYA

HERNANDEZ

Nombre(s) del aspirante

PAOLA ANDREA

Fecha de nacimiento

D 20/02/1997

Lugar de nacimiento

BOGOTÁ

Ciudad

SOACHA

Dirección domicilio / Barrio

Transversal 40 No 4 sur 35

Nº. Celular

3154703176

Teléfono

Nacionalidad

COLOMBIA

Correo electrónico

polifthagorita@hotmail.com

(*) Estado civil

UNION LIBRE

Años de experiencia laboral

5 años

Profesión, ocupación u oficio

operaria

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

Cédula de ciudadanía: No. 1073710462Extranjería: Expedida en: SOACHA

DOCUMENTACIÓN

Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase: Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción No.

Categoría

1073710462

AZ

II. PERFIL LABORAL

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

Persona integra con valores importante como la honestidad, responsabilidad, solidaridad y equidad con actitud de trabajo en equipo y compromiso con la causas requerida buen desempeño y creatividad en labores Asignadas

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

SERVICIOS DE LIMPIEZA

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

Obra y labor

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

Solicitó empleo antes en

esta empresa?

Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Nombre

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Dependencia

Sí No

Dependencia

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

Sí No Vive en casa: ¿Familiar?

Nombre del arrendador

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No ¿Propia? ¿Alquilada?

Describallo e indique su valor mensual

\$ 900.000

¿Por qué conceptos?

Sí No

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Sí No

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

Sí No

¿Cuál(es)?

19706000



Nombre de la empresa Limpieza institucional JASU	Actividad Económica carrera 7A NO. 51A 42	Dirección 3174048863	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de Asco y cafeteria varios	Área del cargo 20 04 21	Fecha Ingreso 30 09 22	Fecha Retiro
Funciones realizadas Preparacion de Bebidas atencion al usuario los lavado de pisos	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1160.000	
Nombre de su jefe inmediato Pedro montenegro	Cargo supervisor		
Logros obtenidos EXPERIENCIA			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 18 meses	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada	
Motivo del retiro terminacion de contrato			

Nombre de la empresa easy clean	Actividad Económica Diagonal 7ABIS # 208-74	Dirección 7432060	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted varios	Área del cargo 10 02 20 19 09 21	Fecha Ingreso A 21	Sueldo Inicial \$ 1.000.000
Funciones realizadas preparacion de Bebidas atencion al ciudadano			Sueldo Final \$ 1.160.000
Nombre de su jefe inmediato Pedro montenegro	Cargo supervisor		
Logros obtenidos EXPERIENCIA			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 14 meses	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada	
Motivo del retiro terminacion de contrato			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1. Nombre José Acosta	Ocupación operaria	Dirección	Teléfono 3142775995
2. Nombre Nicolas TOUAR	Ocupación DOMICILARIO	Dirección	Teléfono 3008652024
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre Rosa Hernández	Ocupación operaria	Dirección	Teléfono 3244738271
2. Nombre Hugo STEVEN TOUAR	Ocupación TECNICO MECANICO	Dirección	Teléfono 3204097007

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 Ricardo Montenegro C.C. 107370462
--	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 86

TELÉFONO: 6013904599 - 6013904798

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 86-65, Polo Club

EMAIL: citas.norte86@cendiatra.com

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: PAOLA ANDREA MONTOYA
HERNANDEZ
Fecha de nacimiento: 20/02/1997
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1073710462
Edad: 27 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 01:04:45
Fecha salida: 2024-03-12 / 01:14:12



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

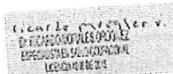
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD:

:

RECOMENDACIONES: NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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



RICARDO MORALES ORDOÑEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

Paola

PAOLA ANDREA MONTOYA
HERNANDEZ
CC: 1073710462
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
PAOLA ANDREA MONTOYA C.C. HERNANDEZ		1,073,710,462	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. C. M." followed by a surname.

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha
26 M 02 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

Muñoz Quintero

Nombre(s) del aspirante

Gloria Esperanza

Fecha de nacimiento

D 18 M 05 A 82

Lugar de nacimiento

Samana

Ciudad

Caldas

Dirección domicilio / Barrio

Diag 68 h # 54-49 Sur.

Bogota.

Teléfono

301 186 89 66

No. Celular

Correo electrónico

alejago3708@gmail.com

Nacionalidad

Colombiana

Profesión, ocupación u oficio

(*) Estado civil

Unión libre

Años de experiencia laboral

8 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía:

N° 30 225 706

(**) Libreta militar N°

Primera clase:

Extranjería:

Expedida en: Samana Cds

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción N°

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Persona con actitud y aptitud de capacidades inquietiva para desarrollar ideas nuevas. con alto grado de puntualidad, responsabilidad y buenos valores. Gran capacidad de trabajo individual y equipo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?
Si No

¿Trabaja antes en esta empresa?
Si No

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?
Si No

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

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?
Si No

¿Por qué conceptos?
 leer .

¿Cuál es su principal afición?
Mensión de honor .

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si No

¿Practica algún deporte?
Si No

¿Cuál(es)?

Mensión de honor .

¿En qué empresa?

Alubra Camargo

Empleado

Independiente

Tipo de contrato

Solicito empleo antes en esta empresa?

Si No

Nombre

Alubra Camargo

Fecha

D

M

A

Nombre del arrendador

Alubra Camargo

Vive en casa: ¿Familiar?

Si No

¿Propia?

Alquilada?

Nombre del arrendador

Alubra Camargo

¿Describelo e indique su valor mensual

Si No

Si No <

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica Social	Dirección cra 28B # 77-12	Teléfono(s) 484 91 20
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo	Área del cargo oficinas.	Fecha Ingreso 03/08/22	Fecha Retiro 23/03/23
Funciones realizadas operaria de Aseo y Cafetería.			
Atención a Funcionarios., preparación de café			
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Harrugo.	Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Buenas Relaciones interpersonales			
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 checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Termino de Contrato			

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso 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? 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			

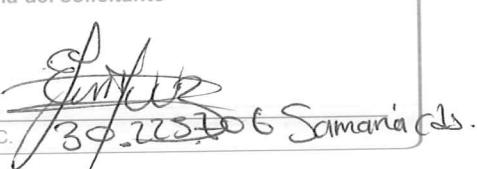
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Nubia Camargo U.	Ocupación independiente.	Dirección diag 68h #54-498	Teléfono 313 4773236
2.	Nombre José Ramirez. R.	Ocupación independiente	Dirección calle 40 11 sur #72 R.	Teléfono 310 3132518
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre José Ariel Hernandez	Ocupación independiente	Dirección diag 68H #54-49	Teléfono 320 3736365
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 30-225706 Samaria (ds.)
---	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

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

EMAIL: citas.occidente2@cendiatura.com

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: GLORIA ESPERANZA MUÑOZ
QUINTERO
Fecha de nacimiento: 18/05/1982
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 30225706
Edad: 41 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:21:45
Fecha salida: 2024-03-13 / 01:21:45



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD:

:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

DIETA BALANCEADA

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


Dr. Karla Lisbeth Canelón
 MEDICO OCUPACIONAL
 CENDIATRA OCCIDENTE
 R.M. 1094861739

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



GLORIA ESPERANZA MUÑOZ
 QUINTERO
 CC: 30225706
 Firma del paciente



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
GLORIA ESPERANZA MUÑOZ QUINTERO	C.C.	30,225,706	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink.

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira Mantenimiento.
----------------------	---

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

Apellido(s) del aspirante Medina castro	Nombre(s) del aspirante Pedro Antonio	
Fecha de nacimiento 24 09 69	Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio calle 75 cbis + 6 - 29.	Ciudad Bogotá	
Teléfono 9251860	N.º Celular 3114917055	
Correo electrónico Pedroq2531@gmail.com	Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Todero, mantenimiento.	(*) Estado civil Union libre	Años de experiencia laboral 16 años.
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 80369906	(**) Libreta militar No. 152526	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/>	Expedida en: Bogotá	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Primaria y bachillerato completo.
Talleres mecánica, construcción general, Fontonero, carpintería, pintor, ventas, Bodegero, Electricidad.
y otros logros.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? ServiEmpresa.	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor.
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Empalme.	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar? <input type="checkbox"/> Nombre del arrendador Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/> Proclita Aldana	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 años.
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1250.000	
¿Por qué conceptos? Haciendo, Servicios, Mantenimiento y otros. El asignado.	¿Práctica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles es su aspiración salarial? Cedismo, fútbol	
¿Cuál es su principal oficio? El deporte.	¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

Nombre de la empresa Centro asco	Actividad Económica	Dirección Cra 28b #77-12. 9849120.	Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario mantenimiento.	Área del cargo	Fecha Ingreso 3 M 10 22 23	Fecha Retiro 3 M 23	Sueldo Inicial \$1160000	Sueldo Final \$1160.000
Funciones realizadas E. generales y mantenimiento. general.					
Nombre de su jefe inmediato Yonel Fula.	Cargo Supervisora.				
Logros obtenidos Experiencia laboral mas conocimiento.					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación comercial					

Nombre de la empresa Lasa.	Actividad Económica	Dirección Cra 24 #51 742	Teléfono(s) 9164881		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted C. generales y mantenimiento.	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A 30 M 9 22	Fecha Retiro Mínimo \$	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Freddy Guzman.	Cargo Supervisor.				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input 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 Xolonda Franco	Ocupación Contadora.	Dirección	Teléfono 3134333943.	
2. Nombre Nina cendoles.	Ocupación Hmadecosa	Dirección	Teléfono 3204977187.	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Monica de la medina amadecosa	Ocupación	Dirección	Teléfono 9251860.	
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 Pedro T. de la medina. C.C. 80369946.
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80369946-679988

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: PEDRO ANTONIO MEDINA CASTRO
Género: MASCULINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 24/09/1969
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 75 C BIS 6 29
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80369946
Teléfono: na **Móvil:** 3114997055
Cargo: AUXILIAR DE MANTENIMIENTO
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

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

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



Pedromedica
Firma y cédula del Paciente
PEDRO ANTONIO MEDINA CASTRO
80369946



**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 MEDINA CASTRO	C.C.	80,369,946	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1.3) Respuesta opcional Ley 13 de 1972

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante NAVAIZRO ARRIETA		Nombre(s) del aspirante LICENIA MERCEDES	
Fecha de nacimiento D 18 M 02 A 1993		Lugar de nacimiento ABACATACA MAGDALENA	
Dirección domicilio / Barrio calle 77 L # 70 A 56 NUEVA GRANADA		Ciudad BOGOTA	
Teléfono 8028302		No. Celular 3208131899	
Correo electrónico jesuymarielosamoz2023@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANO	
Profesión, ocupación u oficio OPERARIO ASEO		(*) Estado civil UNION LIBRE	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1094703310		(**) Libreta militar N° _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/>		Distrito N° _____	
Tarjeta profesional N° _____		Licencia de conducción N° _____	
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> S			



Tamaño 3x4 cms

DOCUMENTACION

Art. 111, Decreto 2150 de 1995

... las cualidades y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

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

ME CARACTERIZO POR SER MUY AGIL Y RESPONSABLE EN EL TRABAJO
HE HECHO 4 AÑOS TRABAJANDO EN ASEO Y CAFETERIA EN EQUIPO
ESTUDIOS HICIEZUE HASTA 9º GRADO Y ESTOY TERMINANDO EL
BACHILLERATO EN LA NOCTURNA ESPERO Y ME PUEDAN SEGUIR
DANDO LA OPORTUNIDAD DE SEGUIR SUPERANDOME

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"/>	SERVICIO LIMPIEZA		Independiente <input type="checkbox"/>	OBRA O LABOR
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre _____		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dependencia _____		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Vive en casa: <input checked="" type="checkbox"/> ¿Familiar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador HERNAN VELANDIA		Teléfono 31881423481 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Describalos e indique su valor mensual			¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte?		\$ 9.000.000	
LEER		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?		MENCIONES HONOR EN EL COLEGIO			

9932635

77021240078

Nombre de la empresa CENTRO ASEO MANTENIMIENTO Y CAFETERIA	Actividad Económica ASEO Y CAFETERIA	Dirección CARRERA 28B # 77-12	Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO DE ASEO CAFETERIA OPERATIVO	Área del cargo 003 M 10 A 22	Fecha Ingreso D 23 M 03 A 23	Fecha Retiro \$ 1037.000	
Sueldo Inicial \$ 1037.000	Sueldo Final \$ 1160000			
Funciones realizadas OFICIOS VARIOS				
Nombre de su jefe inmediato ASTRID SANCHEZ		Cargo SUPERVISORA		
Logros obtenidos LA EXPERIENCIA				
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 O LABOR
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro TERMINACION DE CONTRATO				

Nombre de la empresa LIMPIEZA INSTITUCIONAL LASU	Actividad Económica	Dirección CARRERA 74 # 51 G 42	Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO ASEO Y CAFETERIA	Área del cargo 003 M 06 A 22	Fecha Ingreso D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 1000000	
Sueldo Final \$ 1000000				
Funciones realizadas				
OFICIOS VARIOS				
Nombre de su jefe inmediato ASTRID SANCHEZ		Cargo SUPERVISORA		
Logros obtenidos LA EXPERIENCIA				
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 O LABOR
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro TERMINACION DE CONTRATO				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione los nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre CARLOS JAVIER POLO ALVAREZ	Ocupación OFICIAL CONSTRUCCION	Dirección CALLE 70 # 79-32	Teléfono 3106248467
2.	Nombre INGRID HOYO OTERO	Ocupación OPERARIO ASEO	Dirección CARRERA 77 M 70 A 05	Teléfono 316503547
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre JHAN CARLOS LUGUEZ MANCA	Ocupación AYUDANTE CONSTRUCCION	Dirección CARRERA 77 M 70 A 56	Teléfono 3053489606
2.	Nombre YULIS VANESSA NAVARRO	Ocupación OPERARIO ASEO	Dirección CARRERA 77 M 70 A 56	Teléfono 3222568755

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 ⁷ (Legis)	Firma del solicitante Licenia Navarro C.C. 1084743310
---	---	---



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: LICENIA MERCEDES NAVARRO
ARRIETA
Fecha de nacimiento: 18/01/1993
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1084743310
Edad: 31 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 02:01:40
Fecha salida: 2024-03-13 / 02:43:39



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONTROL MEDICO EN EPS, SE SUGIERE USO DE MEDIAS ANTIVARICE

CONCEPTO DE APTITUD:

:

RECOMENDACIONES:

OTRAS::

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.

Katherin Julian Cortes Acosta
Dra. Julian Cortes Acosta
Medico Especialista
RM: 1053335217 - Especialista 331
FAX: 333 1349 - 20239017

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

Licenia Navarro

LICENIA MERCEDES NAVARRO
ARRIETA
CC: 1084743310
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
Exito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: LICENIA MERCEDES NAVARRO ARRIETA
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 1084743310
Nombre Empresa en: EMPLEADOS DE PLANTA
Misión:
Nombre Sucursal: UT BOGOTA
Nombre Centro de trabajo: PRINCIPAL
Tasa de Riesgo: 1.044

NOVEDADES

Fecha Grabacion	Tipo Novedad	Fecha Inicio Novedad	Valor Anterior	Valor Actual	Origen
16/03/2024	INGRESO EMPLEADO	18/03/2024			INTERNET

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

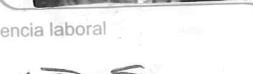
1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	2015 H

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Nunes Garcia	Yuli leidy
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
26/07/1986	Bogotá D.C.
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
C11 66 A Sur #42-02	Bogotá
Teléfono	No. Celular
3502287737	
Correo electrónico	Nacionalidad
leidy1986garcia@hotmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
Operaria Asesoria Y Cafeteria	Soltera
	42 años.



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1.012337832	(**) Libreta militar N° _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá D.C.	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, soy una persona amable y
con ganas de aprender

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Dependencia <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	Nombre
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'500.000 \$.
¿Por qué conceptos?	Servicios, transporte, mercado, estudio.			
¿Cuál es su principal afición?	Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?				
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?			

90926635



770212400781

Nombre de la empresa GASS Clean	Actividad Económica Servicio al cliente	Dirección Calle 86 # 30-29	Teléfono(s) 828 6740
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo y Cafeteria	Área del cargo Alcaldía	Fecha Ingreso 01/02/2019	Fecha Retiro 04/21/2021
Funciones realizadas Atención a reuniones Aseo areas de la Alcaldía			Sueldo Inicial \$908,526
Nombre de su jefe inmediato Gladis Palacios	Cargo Supervisor		Sueldo Final \$908,526
Logros obtenidos Experiencia en etiqueta y Protocolo			
Tipo de contrato: Indefinido Fijo	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa Contrato por medio de agencia	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obrera labor
		Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada	

Horario de trabajo:	Tiempo completo	<input checked="" type="checkbox"/>			
Motivo del retiro	Empadme con obra empresa				
Nombre de la empresa	Actividad Económica				
lase	Servicio Alquiler Carrer 74 N 51 A 42	Dirección			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operaria de refeo y Cafeteria Alcalá		20 04 2022	D M A	\$	\$
Funciones realizadas	Operaria de refeo y Cafeteria Alcalá				
	Limpieza de areas de la cafeteria				
	Atención de reuniones.				
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Fredi Guzman.	Supervisor				
Logros obtenidos	Experiencia en servicio al cliente etiqueta y protocolo				
Tipo de contrato:	Indefinido	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia	<input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Oficina labor
Horario de trabajo:	Tiempo completo	<input checked="" type="checkbox"/>	1/2 Tiempo	<input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Emplame					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
	Ocupación	Dirección	Teléfono
1. Nombre Jhon Alexander Ramires	Jefe bodega	Crr 8# 40- 65	3217780877
2. Nombre Dina Cuestas Sánchez	Secretaria	Crr 8# 70-65 . 3167618574	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
	Ocupación	Dirección	Teléfono
1. Nombre Hector Nunez	AUX Bodega	Crr 87 B# 54-435	3042772156
2. Nombre Camilo Nunez	mensajero	Cl 87 H# 71 A 26.	Teléfono 3184120319

ii) Información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105⁷ (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p>  <p>012337832</p> <p>C.C.</p>
--	---	--



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@cendiatura.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: YULI LEIDY NUÑEZ GARCIA
Fecha de nacimiento: 26/12/1986
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1012331832
Edad: 37 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:31:13
Fecha salida: 2024-03-12 / 03:08:42



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD:

:

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

Karen A Cuello
KAREN ALEXANDRA CUERLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN FEGUEZADA Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1562 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

YULI LEIDY NUÑEZ GARCIA
CC: 1012331832
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
YULI LEIDY NUÑEZ GARCIA	C.C.	1,012,331,832	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

SIEMPRE
AL DIA!

Fecha

D

M

A

Empleo o cargo en el que está interesado

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

Código cargo

I. INFORMACION GENERAL(*) Respuesta optional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.Apellido(s) del aspirante
Orozco MedinaNombre(s) del aspirante
MARTHA ROCIO.Lugar y fecha de nacimiento
Neiva Huila - 17 De Julio 1969

Ciudad

Bogotá, D.C.Dirección domicilio / Barrio
CRA 75 #60A surbar ESTACIA

No. Celular

3208313300.

Teléfono

3104080432.

Nacionalidad

Colombiana.

Correo electrónico

marthyoro2000001@gmail.com

(*) Estado civil

Años de experiencia laboral

Profesión, ocupación u oficio

Oficina Aux de servicio.**Joven****17 AÑOS.**

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: N° **55 155.416.**

(**) Libreta militar N°

Primera clase: Extranjeria: Expedida en: **NEIVA (HUILA)**

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Licencia de conducción N°

Categoría

Sí No **II. INFORMACION PERSONAL**¿Está trabajando actualmente?
Sí No

¿En qué empresa?

Empleado Tipo de contrato
Independiente ¿Trabajó antes en
esta empresa?
Sí No ¿Solicitó empleo antes en
esta empresa?
Sí No

Fecha

¿Lo recomienda alguien? Nombre
de esta empresa?Sí No Dependencia

D M A

Anuncio Amigo ¿Tiene parientes
que trabajan en
esta empresa?
Sí No Nombre
DependenciaPor medio de agencia Otro ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?

¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o
sitio distinto al inicialmente contratado?Sí
No **BOGOTÁ DC.****Neiva, Pereira, BOGOTÁ**Teléfono **3227756043**

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

Vive en casa:

¿Familiar?

Nombre del arrendador

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 890.000Propia? Alquilada? Alquilada? Actualmente tiene algún
ingreso adicional?Sí No

Describalos e indique su valor mensual

¿Cuánto es su aspiración salarial?

\$ 1.000.000 - 1.500.000Sí No

¿Por qué conceptos?

Arriendo, alimentación, Transporte y Gastos G.E.A.

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Sí No

¿Cuál es su principal afición?

Sí No ¿Cuál(es)?Sí No ¿Cuál(es)?

VI . EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa

INGETECNO Y CONSTRUCCION

Dirección

Km 7,5 COSTADO SUR

Teléfono(s)

3104824312.

Nombre de su jefe inmediato

Maria HELENA

Cargo

Jefe Taller TO H.

Fecha de ingreso

D 2 M 11 A 2021

Fecha de retiro

D M A

Total tiempo servido

1 año

Sueldo inicial

\$

Sueldo final o actual

\$

Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

SERVICIO DE ASO, Manejo de inventarios ASO y CAFETERIA.

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ¿Cuánto tiempo?
Fijo

Contrato directo con la empresa
 Contrato por medio de agencia

Otro ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas

Jornada: Diurna Nocturna

Otra jornada

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa

SISTEMAS INMOBILIARIOS Y CONS.

Dirección

Cra 28 # 84-26.

Teléfono(s)

601-6224609

Nombre de su jefe inmediato

ING. MARTA ECHAVARRIA.

Cargo

Gerente

Fecha de ingreso

D 26 M 01 A 2015

Fecha de retiro

D 06 M 10 A 2021

Total tiempo servido

6 años

Sueldo inicial

\$ 341.00

Sueldo final

\$ 408.600

Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Aux. Sistemas Generales.

Funciones realizadas

SERVICIO DE ASO, Manejo de inventarios ASO y CAFETERIA.

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ¿Cuánto tiempo?
Fijo

Contrato directo con la empresa
 Contrato por medio de agencia

Otro ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas

Jornada: Diurna Nocturna

Otra jornada

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa

JH MARTINEZ S.A.

Dirección

Cr 13 A No. 96-36

Teléfono(s)

6012576622

Nombre de su jefe inmediato

GERENTE. RAMIREZ.

Cargo

Supervisor.

Fecha de ingreso

D 20 M 09 A 2010

Fecha de retiro

D 18 M 08 A 2012

Total tiempo servido

2 años

Sueldo inicial

\$ 566.000

Sueldo final

\$ 566.000

Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Aux. Servicios Generales

Funciones realizadas

SERVICIO DE ASO A ZONAS COMUNES Y CENTROS COMERCIALES

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ¿Cuánto tiempo?
Fijo

Contrato directo con la empresa
 Contrato por medio de agencia

Otro ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas

Jornada: Diurna Nocturna

Otra jornada

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si No

¿Fondo de pensiones? Si No

¿Cuál?

¿Cuál?

¿Cuál?

Si No

Fecha de afiliación:

Colizante Beneficiario

¿Fondo de cesantias?

Si No

¿Cuál?

Fecha de afiliación:

Si No

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 55155416-680338

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: MARTHA ROCIO OROZCO MEDINA
Género: FEMENINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 17/07/1969
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 75 60 A 64 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 55155416
Teléfono: na Móvil: 3208313300
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: COLFONDOS

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., DIETA ALTA EN PROTEINAS Y LACTEOS, CONTROL PERIODICO CON NUTRICION EN EPS., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.

KOH - FROTIS UÑAS: REALIZADO

FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM): REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



AXA COLPATRIA

**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
MARTHA ROCIO OROZCO MEDINA	C.C.	55,155,416	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 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

ORTIZ DIAZ

Fecha de nacimiento

D 29 M 05 A 76

Lugar de nacimiento

Bolívar Santander del Sur

Nombre(s) del aspirante

Bellamira

Dirección domicilio / Barrio

Calle 93F 27F 10E Luis Carlos Galán II

Ciudad

Bogotá

Teléfono

No. Celular

3222445257

Correo electrónico

ORTIZDIAZBellamira@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Servicios Generales

Cédula de ciudadanía:

Nº 52422971

Extranjería:

Expedida en: Bogotá

(*) Estado civil

Union libre

DOCUMENTACION

(**) Libreta militar Nº

Distrito N°

Licencia de conducción Nº

Años de experiencia laboral

15 años

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

Primer clase:

Segunda clase:

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una persona Responsable, dinámica y creativa, con facilidad de adaptación y capacidad de trabajar en equipo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Si

No

¿En qué empresa?

Serui Limpieza

Empleado

Independiente

Tipo de contrato

Dependencia

Conoce a alguien de

Nombre esta empresa?

Si

No

Dependencia

¿Trabajó antes en esta empresa?

Si

No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Si

No

Fecha

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Si

No

Nombre

Amigo

Redes Sociales

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio

Otro

¿Cuál(es)?

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

Si

No

Vive en casa: ¿Familiar? ¿Alquilada?

Propia?

Alquilada?

Nombre del arrendador

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Si

No

Describalo e indique su valor mensual

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lug

ar?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales

\$ 600.000

¿Cuanto es su aspiración salarial?

\$

¿Por qué conceptos?

Servicios, alimentación, Transportes

¿Cuál es su principal afición?

Si

No

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Si

No

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

99926635



¿Cuál(es)?

Nombre de la empresa Centro ASEO	Actividad Económica	Dirección Cra 28B N 77-12			Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted ASEO, CAFETERIA.	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.160.000	Sueldo Final \$ 1.160.000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez		Cargo SUPERVISORA			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminacion de Contrato.					

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfno(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	D	M	A	Fecha Ingreso	Sueldo Inicial	
						Fecha Retiro	Sueldo Final
						\$	\$
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato		Cargo					
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
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 Juan de la Cruz Gomez	Ocupación Independiente	Dirección Cra 62 N 22-19	Teléfono 3144003007
2.	Nombre Dairo Guzman	Ocupación Guardia de seguridad	Dirección Cra 95 A 56-57	Teléfono 3205770266
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Yeni carolina Gomez Ortiz	Ocupación Guardia de seguridad	Dirección calle 43 E 27-10 E	Teléfono 320261485
2.	Nombre Cristobal Gomez Sandoval	Ocupación Guardia de seguridad	Dirección calle 43 E 27-10 E	Teléfono 3105683011

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante Bellamira Ortiz Diaz C.C. 52472971
---	--	--



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: BELLAMIRA ORTIZ DIAZ
Fecha de nacimiento: 27/05/1976
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52422971
Edad: 47 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 10:59:03
Fecha salida: 2024-03-13 / 11:35:03



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 1502 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Bellamira Ortiz

BELLAMIRA ORTÍZ DIAZ
CC: 52422971
Firma del paciente

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T.I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
BELLAMIRA ORTIZ DIAZ	C.C.	52,422,971	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



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

Ortiz Panesso

Nombre(s) del aspirante

Laura Yuranis

Fecha de nacimiento

21/06/1995 Quibdó Choco

Lugar de nacimiento

Ciudad

Bogotá

Dirección domicilio / Barrio

Calle 81 sur 6 A Este 22

Nº. Celular

32967115779

Teléfono

3139846071

Correo electrónico

Panesso.laura.yuranis@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

OFICIOS VARIOS

Nacionalidad

Colombiana

(*) Estado civil

Soltera

Años de experiencia laboral

5 AÑOS



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía:



No. **1133671195**

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase:

Segunda clase:

Extranjería:



Expedida en:

Licencia de conducción No.

Categoría

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Si No

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección CR 765 #77-12	Teléfono(s) 3223514796
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo y Cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 23/03/23
Funciones realizadas Operaria de Aseo y cafetería		Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo

Nombre de su jefe inmediato

Marcela - Sandrini

Logros obtenidos

ExperienciaTipo de contrato: Indefinido Fijo ¿Cuánto tiempo?Contrato directo con la empresa Otro ¿Cuál?Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Contrato por medio de agencia Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada

Motivo del retiro

terminación de contratoNombre de la empresa
OUTSOURCING SASIN LTDA

Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Servicios GeneralesFunciones realizadas
Servicios Generales

Actividad Económica

Área del cargo

Dirección
CR 91 A #35-94

Teléfono(s)

302127960Sueldo Final
\$ MinimoFecha Ingreso
02/01/20Fecha Retiro
30/01/21Sueldo Inicial
\$ Minimo

Nombre de su jefe inmediato

Nelson Vera Araque

Logros obtenidos

ExperienciaTipo de contrato: Indefinido Fijo ¿Cuánto tiempo?Contrato directo con la empresa Otro ¿Cuál?Horario de trabajo: Tiempo completo 1/2 Tiempo Por horas Contrato por medio de agencia Jornada: Diurna Nocturna Otra jornada

Motivo del retiro

terminación de contratoCargo
SUPERVISOR**VII. REFERENCIAS PERSONALES**

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1. Nombre Marcela Moya	Ocupación Empleada	Dirección Bogotá	Teléfono 3212266717
2. Nombre Jhon Stiwar	Ocupación barbero	Dirección Bogotá	Teléfono 31351131199
1. Nombre Jettty Ortiz Pomesso	Ocupación Policia	Dirección Amazona	Teléfono 3208121711
2. Nombre Sandrea Ortiz Pa	Ocupación maestra	Dirección Quibdo Choco	Teléfono 3136695330

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

Marque con una X

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 Laura Ortiz C.C. 113367115
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1133674125-680065

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LAURA YURANIS ORTIZ PANESSO	Identificación:	1133674125
Género	FEMENINO	Teléfono	0 Móvil: 3132846071
Fecha Nacimiento:	21/06/1995	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CRA 9 ESTE 81A SUR 28	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	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
LAURA YURANIS ORTIZ PANESSO	C.C.	1,133,674,125	18/03/2024

Cordialmente,

Handwritten signature of Fredy Ceballos Montaña.

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

Empleo o cargo al que aspira

D

M

A

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido(s) del aspirante

ORTIZ ORTEGA

Nombre(s) del aspirante

TUISAY KATERINE

Fecha de nacimiento

D 6 M 01 A 2005

Lugar de nacimiento

BOGOTÁ

Ciudad

SOPACHA

Dirección domicilio / Barrio

KR 13C # 26 SUR - 42

Nº. Celular

301 815 9096

Teléfono

Nacionalidad

COLOMBIANA

Correo electrónico

(*) Estado civil

SOLTERA

Años de experiencia laboral

Profesión, ocupación u oficio

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía:

No. 1021395108

(**) Libreta militar No.

Primera clase:

Extranjería:

Expedida en: BOGOTÁ

Distrito No.

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No.

Categoría

Sí No

Primeras clases:

Segundas clases:

Sí No

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

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre MARCEL ORTEGA CACERES	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre ANGELA LOZANO	Ocupación EMPRENDE	Teléfono 3124890253
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

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



Firma del solicitante

C.C.

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1021395108-680343

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: TIVISAY KATHERINE ORTIZ ORTEGA
Género: FEMENINO **Edad:** 19
Fecha Nacimiento: 6/01/2005
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: KR 13 L 26 42 SUR
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1021395108
Teléfono: NA **Móvil:** 3018159096
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	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EVITANDO EL SEDENTARISMO Y PROMOViendo UNA INGESTA BALANCEADA DE ALIMENTOS. MANTENER UN ADECUADO PESO CORPORAL DENTRO DEL IMC EN VALORES NORMALES
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: 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
SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL EN EL DESARROLLO DE TODAS LAS ACTIVIDADES

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
TIVISAY KATERINE ORTIZ ORTEGA	C.C.	1,021,395,108	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha Empleo o cargo al que aspira
26 / 02 / 2024

Apellido(s) del aspirante

Pestano Hurtado

Fecha de Nacimiento

017 / 01 / 1983 Lugar de Nacimiento

Dirección domicilio / Barrio

Carrera 11C ESTE 74 A 6 Y SUR Ciudad Bogota

Teléfono

31412825737

Correo electrónico

marcelispestano@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Auxiliar de servicios generales

Cédula de ciudadanía:

X N° 26228337

Extranjería:

Expedida en:

Tarjeta profesional N°

</

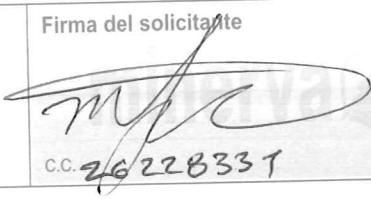
Nombre de la empresa Centro ASEO	Actividad Económica	Dirección H 28 B N 77 12	Teléfono(s) 4184 9120		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios g	Área del cargo	Fecha Ingreso D 2 M 10 A 2022	Fecha Retiro D 23 M 3 A 2023	Sueldo Inicial \$ el mínimo	Sueldo Final \$ el mínimo
Funciones realizadas ASEO y cafetería					
Nombre de su jefe inmediato tatiana marrugo	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"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro terminación de contrato					

Nombre de la empresa Crupo Eulen	Actividad Económica	Dirección Carrera 14 N 106-07	Teléfono(s) 631 05 77		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios	Área del cargo	Fecha Ingreso D 19 M 04 A 2022	Fecha Retiro D 15 M 12 A 2023	Sueldo Inicial \$ el mínimo	Sueldo Final \$ el mínimo
Funciones realizadas ASEO y cafetería					
Nombre de su jefe inmediato sandra rodriguez	Cargo Supervisor				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo Tiempo completo <input 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 Ciri Romero	Ocupación Empleada	Dirección Kr 61 N 70 b 14	Teléfono 3112396200
2.	Nombre yelis Hurtado	Ocupación maquina plana	Dirección calle 36 sur n 13-10	Teléfono 3222565309
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre ANDERSON floREZ	Ocupación instalador de drenajes	Dirección Calle 32B N 17 sur	Teléfono 3122497416
2.	Nombre Carmen Hurtado	Ocupación AMA de casa	Dirección La costa	Teléfono 3276900767

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 te 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. 26228337
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 26228331-680433

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar, 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: MARELIS PESTANA HURTADO
Género: FEMENINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 17/01/1983
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: NO REPORTA
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 26228331
Teléfono: na **Móvil:** 3102072431
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: MARELIS PESTA A HURTADO
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 26228331
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

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	Nombre(s) del aspirante	
Peralta Gutierrez	Maria Sandra	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
06/08/87	Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
	Bogotá	
Teléfono	No. Celular	
	314-213-40-33	
Correo electrónico	Nacionalidad	Años de experiencia laboral
Operaria.	Colombiana	6 años
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Operaria.	Ocupada.	
Cédula de ciudadanía:	DOCUMENTACIÓN	Primera clase:
No. 1022.940.252		
Extranjería:	(**) Libreta militar No.	Segunda clase:
Tarjeta profesional No.	Distrito 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 comprometida, responsable y entregada a cada labor que se me asigne. Con capacidad para trabajar bajo presión

III. INFORMACIÓN PERSONAL

93938525

¿Está trabajando actualmente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Sergipimpresa			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	Nombre	obra labor	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre				¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa:	Familiar <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador		Amigo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual			¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		
¿Por qué conceptos?	Air fondo, servicios, Alimentos, etc.			Anuncio <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/>			¿Cuál(es)?	
¿Cuál es su principal afición?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono			¿Hace cuanto tiempo reside en f.
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?							\$ 4'300.000	
							¿Cuánto es su aspiración salarial?	



7 702124 007

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria.	Área del cargo	Fecha Ingreso 03/10/22	Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas oficios varios, Atención al cliente.					
Nombre de su jefe inmediato Adriana Lozano	Cargo Supervisora.				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	Obra labor				
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? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Luis Albaíracín	Ocupación Empleado Ocupación	Dirección
2.	Nombre Jesús María noo.	Empleada	Dirección
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante minerva Maria Sandra Peña C.C. 1022940252
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1022940252-680110

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: MARIA SANDRA PERALTA GUTIERREZ
Género: FEMENINO **Edad:** 36
Fecha Nacimiento: 4/08/1987
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 3 N 139 SUR 93
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1022940252
Teléfono: 0 Móvil: 3142134033
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: FAMISANAR
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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMENTO VENOSO DE MIÉMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

*CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
MARIA SANDRA PERALTA GUTIERREZ	C.C.	1,022,940,252	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva
10-03



SIEMPRE
AL DIA!

www.formasminerva.com

Fecha

D M A

Empleo o cargo en el que está Interesado

Código cargo

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

Puentes Comedor

Nombre(s) del aspirante

Dora.

Lugar y fecha de nacimiento

Bogotá, 11 de agosto de 1.968

Ciudad

Dirección domicilio / Barrio

Diag. 62 D N° 19B - 11 Sur La Acacia Bogotá

No. Celular

312 5879804.

Nacionalidad

Colombiana.

Teléfono

Correo electrónico

dopuro@hotmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Operaria

(*) Estado civil

Separado

Años de experiencia laboral

19 años.



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: N° 52 038.209.

Extranjería: Expedida en: Bogotá

(**) Libreta militar N°

Primera clase:

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción N°

Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Si

No

¿En qué empresa?

ServiLimpieza

Empleado

Independiente

Tipo de contrato

Obra labor.

¿Trabajó antes en esta empresa?

Si

No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Si

No

Fecha

D 11 M 09 A 2018

¿Lo recomienda alguien de esta empresa?

Si

No

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Si

No

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio

Amigo

Por medio de agencia

Otro

¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?

Bogotá

¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?

Bogotá

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

Si

No

Vive en casa:

¿Familiar?

Propia?

Alquilada?

Nombre del arrendador

Ursula Comedor Silva

Teléfono

323 732 2552.

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

35 años.

Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Si

No

Describallo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 1'300.000 =

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su aspiración salarial?

\$ Mínimo Legal Vigente

¿Cuál es su principal afición?

Escuchar música.

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Si

No

trotar

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?

Si

No

¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

✓ Soy una persona con amplias habilidades para el trabajo en equipo, soy comprometida, respetuosa y responsable con mis deberes.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL, SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO, ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servilimpieza		Dirección Calle 86 No. 40 - 29.	Teléfono(s) 6286140
Nombre de su jefe inmediato	Cargo Operaria	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$ Minimo legal	Sueldo final o actual \$ Minimo legal	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria.

Funciones realizadas
Funciones propias del cargo, limpieza y desinfección de las áreas - Servicio de cafetería.

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 LASU SAS	Dirección Kra. 74 No. 54A - 42	Teléfono(s) 3174048863
Nombre de su jefe inmediato Maina Sánchez.	Cargo Supervisora.	Fecha de ingreso D 24 M 04 A 2021.
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$ Minimo legal	Sueldo final o actual \$ Minimo legal

Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Elaborar de aseo y Cafetería

Funciones realizadas
Servicios de cafetería, procesos de limpieza y desinfección.

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>

Motivo del retiro
Terminación de Contrato.

Nombre de la empresa Easy Clean SAS	Dirección Diagonal 74B No. 20B - 74	Teléfono(s) 7132060
Nombre de su jefe inmediato Veronica Castillo	Cargo Supervisora	Fecha de ingreso D 10 M 02 A 2020
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$ Mínimo	Sueldo final o actual \$ Mínimo

Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Auxiliar de Servicios Generales

Funciones realizadas
Limpieza y desinfección de los áreas, todos aquellas relacionadas al 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>

Motivo del retiro
Terminación de contrato

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si No ¿Fondo de pensiones? Si No ¿Fondo de cesantías? Si No



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: DORA PUENTES CORREDOR

CC: 52038209

Fecha de nacimiento: 11/08/1968
Edad: 55 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 12:43:50

Empresa usuaria:
Fecha salida: 2024-03-12 / 12:56:38

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:

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

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

DORA PUENTES CORREDOR
CC: 52038209
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
DORA PUENTES CORREDOR	C.C.	52,038,209	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira Servicios. Generales.
-----------------------	--

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Panche Serna	Nombre(s) del aspirante Adriana María
Fecha de nacimiento d 10 m 05 a 1982	Lugar de nacimiento Viota Cundinamarca.
Dirección domicilio / Barrio Calle 80 bis 94-75 sur Bosa Sanbernardino	Ciudad Bogotá
Teléfono 9208046	Nº. Celular 3102373775
Correo electrónico adrianaPanche1982@Hotmail.com	Nacionalidad Colombia
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales.	(*) Estado civil Union libre.
Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No. Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	(**) Libreta militar No. Distrito No.
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
DOCUMENTACIÓN	
Licencia de conducción No.	
Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una persona emprendedora dedicada a mi familia. Ciasmatica. Alegre. amigable. trabajadora. Complidora con mis obligaciones. responsable. me gusta trabajar en equipo. y tener estabilidad laboral.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué empresa? ServiLimpieza.	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor.
¿Trabajó antes en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Fecha d 24 m 03 a 2023	¿Conoce a alguien de esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vive en casa: <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Juan Carlos Bausa	Teléfono 3045931444
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años	
¿Por qué conceptos? Comida. transporte. servicios.	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 500.000		
¿Cuál es su principal afición? Mirar. televisión.	¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	¿Cuál(es)? \$ 1.160.000	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?			

18103783



20240078

Nombre de la empresa Centro Asco.	Actividad Económica	Dirección Cra 28b # 77 - 12.	Teléfono(s) 86068433.		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 03 M 10 2012	Fecha Retiro 23 M 03 2013	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1.160.000
Funciones realizadas Asco y Cafeteria.					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez	Cargo Supervisora.				
Logros obtenidos Experiencia y estabilidad laboral.					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro terminacion de contrato.					

Nombre de la empresa Icasu.	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 51-42	Teléfono(s) 9164681.		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 01 A 2012	Fecha Retiro D 01 M 10 A 2012	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1.000.000
Funciones realizadas Asco y Cafeteria y oficinas.					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos Experiencia laboral y estabilidad.					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Voluntario.					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono		
Sandra Vargas.	Empleada	Calle 85 sur. 25.	313866455		
Laura Bassa.	Empleada.	Calle 80 bis 94-75 sur.	3023470808.		
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
Rahmian David Ramirez	Independiente.		3107818408.		
Luis Carlos Bassa.	Vigilante.		3045931440.		

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 Adriana Sanchez Dejna. C.C. 21119479.
---	---	---

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 MARIA PANCHE SERNA**CC:** 21119479**Fecha de nacimiento:** 10/05/1982**Edad:** 41 **Sexo:** FEMENINO**Empresa:** UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS**Fecha ingreso:** 2024-03-13 / 07:10:19**Empresa usuaria:****Fecha salida:** 2024-03-13 / 09:04:02**Cargo:** OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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

Katherin Juliana Cortes
Acosta
RM: 1053335217
Firma y sello del médico

ADRIANA MARIA PANCHE SERNA
CC: 21119479
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 MARIA PANCHE SERNA	C.C.	21,119,479	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha
D 15 M 03 A 24

Empleo o cargo al que aspira

Operaria de Aseo

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante
Maria Fernanda

Nombre(s) del aspirante
Patimed Huerta.

Fecha de nacimiento

D 28 M 04 A 2000 Lugar de nacimiento
Magangué Bolívar

Dirección domicilio / Barrio

Carrera 87 Fbis # 40-87 sur Bogotá

Teléfono

3016223086

Correo electrónico

Juan.davidel.Cristo@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Aseo General, oficios varios

Ciudad

No. Celular

Nacionalidad

Colombiana

(*) Estado civil

Soltera

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía:

No. **7052957567**

Extranjería:

Expedida en: **Bogota**

Tarjeta profesional No.

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción No.

Primera clase:

Segunda clase:

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una mujer lucha dura, trabaja dura con conocimiento en Aseo General, desinfección utilizando las herramientas necesarias para un buen trabajo. Con ganas de salir adelante y generar mayor conocimiento

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?
Sí No

¿En qué empresa?

Servi'Limpieza

Empleado

Independiente

Tipo de contrato

obra y labor

¿Trabajó antes en esta empresa?
Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de Nombre
esta empresa?

Sí No Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?
Sí No

Nombre

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Anuncio Amigo Redes Sociales
Por medio de agencia Otro ¿Cuál?

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

Vive en casa: ¿Familiar?

¿Propia? ¿Alquilada?

Nombre del arrendador

Teléfono

¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?
Sí No

Describalos e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$SLM NV

¿Por qué conceptos?

Hacer las cosas bien

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Sí No

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

Sí No ¿Cuál(es)?

\$SLM NV

93938525

702124007813

Nombre de la empresa <i>casu S.A.S</i>	Actividad Económica	Dirección <i>Carrera 74 N° 52a-42</i>			Teléfono(s) <i>3174048863</i>
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>OFICIOS VARIOS</i>	Área del cargo <i>Aseo</i>	Fecha Ingreso <i>D 13 M 05 A 22</i>	Fecha Retiro <i>D 30 M 09 A 22</i>	Sueldo Inicial <i>\$ 1/MNV</i>	Sueldo Final <i>\$ 8LMNV</i>
Funciones realizadas <i>desinfección, de vapor, Brillar, lavar,</i>					
Nombre de su jefe inmediato <i>Pedro Montenegro</i>	Cargo <i>Supervisor</i>				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input 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? 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 <i>Angela Carolinas Sierra</i>	Ocupación <i>OFICIOS VARIOS</i>	Dirección
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre <i>Juan David Monoz</i>	Ocupación <i>Conductor</i>	Dirección <i>Rafio bonito</i>
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

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

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1052957561-680391

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: MARIA FERNANDA PALMED HUERTA
Género: FEMENINO **Edad:** 23
Fecha Nacimiento: 28/04/2000
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CL 41 A BIS SUR 81 A 36
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1052957561
Teléfono: na **Móvil:** 3016223086
Cargo: OPERARIA ASEO Y CAFETERIA
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T.I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
MARIA FERNANDA PALMED HUERTA	C.C.	1,052,957,561	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. C. M." followed by a surname.

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

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

Peña Cuellar

Nombre(s) del aspirante

Jairo Alexis

Fecha de nacimiento

03 | M | 03 | A | Lugar de nacimiento

Chiquinquirá

Boy.

Dirección domicilio / Barrio

Cll. 69 # 78 H 77 Bosa S. Pedro

Ciudad

Bogotá

N. Celular

320 848 29 14

Teléfono

Correo electrónico

sciuroalexispenacuellar@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

Alturus, Ornamentador, Condutor

DOCUMENTACIÓN

(*) Estado civil

Unión libre

Años de experiencia laboral

20 años

Cédula de ciudadanía:

No. 79.599.1165

Extranjería: Expedida en: Bogotá

(**) Libreta militar No.

79.599.1165

Distrito No.

52

Licencia de conducción No.

Primera clase:

Segunda clase:

Categoría

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona, aprendedora, inteligente con una gran experiencia de trabajar en equipo y con disposición de aprender nuevas cosas me gusta mantener buenas relaciones interpersonales, considero una persona honesta, responsable, creativa.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí

No

¿En qué empresa?

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí

No

¿Solicito empleo antes en esta empresa?

Sí

No

Fecha

D | M | A

Empleado
Independiente

Tipo de contrato
Nombre

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Sí

No

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí

No

Nombre
Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio

Por medio de agencia

Amigo
Redes Sociales

Otro

¿Cuál?

¿Por qué conceptos?

Trabajo

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Sí

No

ciclismo

¿Cuál es su principal afición?

Trabajo

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

Sí
No

¿Cuál(es)?

ciudadanos

19706000



7201240078



Incumplirán penalmente las falsificaciones

Nombre de la empresa Centro Asesio Multanímico	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OParario ALTUR	Área del cargo	Fecha Ingreso D 22 M 08 / 17	Fecha Retiro 00 08 2019	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas Llevar extracciones de Trasmilenio, Vidrio, Fachadas, estructura, etc					
Nombre de su jefe inmediato Camillo Bajarcero	Cargo Coordinador ALTUR				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminación de contrato					

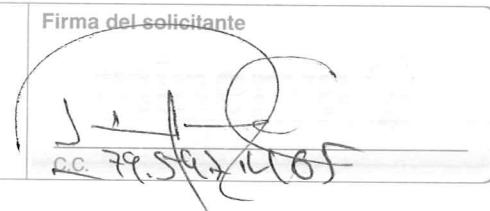
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1. Nombre Yolanda Martínez	Ocupación Administración Empresarial	Dirección	Teléfono 313 371 11 62
2. Nombre Jairo Alberto Niño	Ocupación	Dirección	Teléfono 300 311 6649
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre Yolander Martínez	Ocupación	Dirección	Teléfono 313 371 11 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  P.C. 79.542.11.05
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79597465-680354

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: JAIRO ALEIXIS PEÑA CUELLAR
Género: MASCULINO **Edad:** 51
Fecha Nacimiento: 31/03/1972
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CLL 69 # 78 H 77
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79597465
Teléfono: NO REFIERE **Móvil:** 3208482914
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
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

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

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Dra. Natalia Beltran
Médico Especialista en Salud Laboral
Nit. 900170994-9

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



Firma y cédula del Paciente
JAIRO ALEIXIS PEÑA CUELLAR
79597465





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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JAIRO ALEXIS PEÑA CUELLAR	C.C.	79,597,465	18/03/2024

Cordialmente,

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

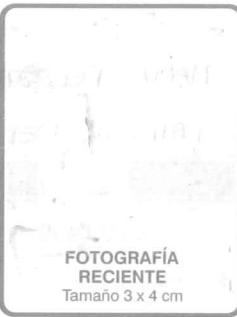
Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante PERALTA GUTIEREZ	Nombre(s) del aspirante OSCAR HUMBERTO	
Fecha de nacimiento 27 M 04 1993	Lugar de nacimiento BOGOTÁ D.C	
Dirección domicilio / Barrio VIA OLARTE KM 3 - FCA LA ARGENTINA	Ciudad BOGOTÁ D.C	
Teléfono	Nº. Celular 3196483500	
Correo electrónico	Nacionalidad COLOMBIANO	
Profesión, ocupación u oficio OFICIOS VARIOS	(*) Estado civil SOLTERO	Años de experiencia laboral 15 AÑOS
DOCUMENTACIÓN		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1022985784	(**) Libreta militar No.	Primer clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ D.C	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

FOTOGRAFÍA
RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

II. PERFIL LABORAL

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

SON UNA PERSONA CUMPLIDORA DEL DEBER Y LOS HORARIOS, TRABAJO CON VISIÓN PARA OBTENER UN FUTURO MEJOR, ME GUSTA OBTENER ORDENES DE LOS SUPERIORES, LOS TRABAJOS QUE HE TENIDO SIEMPRE HE PUESTO MI MEJOR ESFUERZO. NO HE TENIDO QUEJAS DE MIS LABORES, ME DESEMPEÑO CON LEALTAD Y TRABAJAR EN GRUPO, Y CUENTO CON LIDERAZGO

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En que empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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"/> 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 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? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos? ALIMENTACION, SERVICIOS, VESTUARIO, TRANSPORTE	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 950.000		
¿Cuál es su principal afición? CAMINAR	¿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)?			

Nombre de la empresa ETICA VERDE	Actividad Económica AGRICULTURA VDA OLARTE	Dirección			Teléfono(s) 3194230212
Cargo(s) desempeñado(s) por usted MANTENIMIENTO DE CULTIVO	Área del cargo	Fecha Ingreso D 17 M 04 A 13	Fecha Retiro D 22 M 11 A 2018	Sueldo Inicial \$ ASIGNADO	Sueldo Final \$ ASIGNADO
Funciones realizadas SEBRIRAR, ABONAR, ESCASER SEMILLA, FUMIGAR, HACER MANTENIMIENTO Y SOSTENIMIENTO DE LOS DIFERENTES CULTIVOS					
Nombre de su jefe inmediato OSCAR CASTIBLANCO	Cargo AGRONOMO				
Logros obtenidos					
AGRICULTOR AGROTECNICO					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro MOTIVOS PERSONALES					
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 FLOR ALBA GOMEZ GUTIERREZ Nombre	Ocupación COMERCIANTE Ocupación	Dirección VDA OLARTE Dirección	Teléfono 3197312823 Teléfono
2.	Nombre LIZ MARINA ESTAYA	Ocupación INDEPENDIENTE	Dirección VSM PUEBLO	Teléfono 3132672776
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre MARIA HILDA PERALTA Nombre	Ocupación OPERARIA DE BARRIDO Ocupación	Dirección VDA CHIGUARA Dirección	Teléfono 3156564116 Teléfono
2.	Nombre PATRICIA PERALTA	Ocupación OPERARIA DE ASEG	Dirección VDA OLARTE	Teléfono 3124560983.

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 OSCAR PERALTA C.C. 1022985784
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1022985784-680345

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: OSCAR HUMBERTO PERALTA GUTIERREZ
Género: MASCULINO **Edad:** 30
Fecha Nacimiento: 27/04/1993
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: NO REPORTA
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1022985784
Teléfono: NA **Móvil:** 3196483500
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

'CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Dr. Diego Alejandro Paez S.
Especialista en Salud Laboral y Salud en el Trabajo
C.C 1032428063
R. U. A. A.

Médico Especialista en Salud Laboral
DIEGO ALEJANDRO PAEZ SILVA
8614/2021



502 ✓



Firma y cédula del Paciente
OSCAR HUMBERTO PERALTA GUTIERREZ
1022985784



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
OSCAR HUMBERTO PERALTA GUTIERREZ	C.C.	1,022,985,784	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. C. M." followed by a surname.

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



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

Apellido(s) del aspirante

Portela Gonzales

Nombre(s) del aspirante

Diana milena

Fecha de nacimiento

d 26 | M 11 | 1980

Lugar de nacimiento

San Luis Tolima

Dirección domicilio / Barrio

PER 144 A# 139-48 suba

Ciudad

Bogota DC

Teléfono

3026114588

N.º Celular

3213082960

Correo electrónico

dportela077@gmail.com

Nacionalidad

colombia

Profesión, ocupación u oficio

OPERARIA DE SERVICIOS PER

(*) Estado civil

SOLTERA

Años de experiencia laboral

6 años

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

Cédula de ciudadanía: No. S2 800585

Extranjería:

Expedida en: 06 01 1999

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase:
Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Nombre

Sí No

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Independiente

Amigo Redes Sociales

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

Sí No

Dependencia

Anuncio

Otro

¿Cuál(es)?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No

Vive en casa: ¿Familiar?

¿Propia? ¿Alquilada?

Nombre del arrendador

claro INRS

Describallo e indique su valor mensual

JUNCO

Teléfono 313

3536114

04 AÑOS

¿Hace cuánto tiempo reside en este l

¿Por qué conceptos?

comiendo, Alimentos, ESTUDIOS, Transporte, SER. PÚBLICOS

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Amigo Redes Sociales

¿Cuál es su principal afición?

MONTAR EN BICICLETA

Anuncio

Otro

¿Cuál(es)?

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

Sí No ¿Cuál(es)?

Practica algún deporte?

Si No

ciclismo

¿Cuál(es)?

Si No

ciclismo



17547674
7
201207081800421074

Nombre de la empresa ZASO	Actividad Económica	Dirección CRA 74 N°51A. 42	Teléfono(s) 3174048863		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPE. OFICIOS VARIOS	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 09 A 21	Fecha Retiro D 29 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 1'000.000	Sueldo Final \$ 1'000.000
Funciones realizadas desinfección y limpieza profunda del área de oficinas y Baños					
Nombre de su jefe inmediato Maria Alejandra Sanchez	Cargo SUPERVISORA				
Logros obtenidos EXPERIENCIA.					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro TERMINO DE CONTRATO					

Nombre de la empresa CENTRO ASEO	Actividad Económica	Dirección CRA 28B N°77 - 12	Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPE. OFICIOS VARIOS	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 20 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ 1'000.000	Sueldo Final \$ 1'200.000
Funciones realizadas desinfección y limpieza, profunda del área de oficinas y Baños					
Nombre de su jefe inmediato Jaimie CESAR ORTIZA	Cargo SUPERVISOR				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro TERMINO DE CONTRATO					

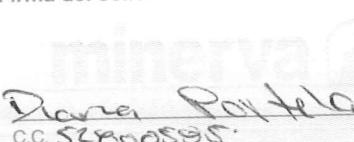
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre David Sebastian Melo	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3212400366
2.	Nombre Clara Ines Sanchez	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3133536114
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Laura Daniela Ruiz	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3123401833
2.	Nombre Carlos Felipe Portela	Ocupación ESTUDIANTE	Dirección	Teléfono 3242328664

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



Marque con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	 Diana Portela C.C. 52800555

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: DIANA MILENA PORTELA
CANIZALES
Fecha de nacimiento: 26/11/1980
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52800585
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:09:08
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:17:34



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

:
SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
OTRAS::

CONTROL PERIODICO POR EPS

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



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

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

DIANA MILENA PORTELA
CANIZALES
CC: 52800585
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 MILENA PORTELA CANIZALES	C.C.	52,800,585	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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

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

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> A	Empleo o cargo al que aspira
I. INFORMACION GENERAL	
Apellido(s) del aspirante Pulido Gonzalez	Nombre(s) del aspirante Bertulio
Fecha de nacimiento 03 / 01 /1976	Lugar de nacimiento Choachi - Cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio Cll 88 JBis Sur #8F Este - 04	Ciudad Bogotá D.C.
Teléfono 312 4113303	No. Celular
Correo electrónico bertulio.pulido68@gmail.com	Nacionalidad Colombiano
Profesión, ocupación u oficio Todero - Mantenimiento	(*) Estado civil Unión libre
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 80.391.453	Años de experiencia laboral 12 años
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	(**) Libreta militar N° 80.391.453
Tarjeta profesional N°	Distrito N°
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
DOCUMENTACION	
(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	



II. PERFILE LABORAL	
<p>Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral</p> <p><i>realizar labores calificadas de mantenimiento y aneglos localizar que puedan responder a las necesidades de la Entidad.</i></p>	

III. INFORMACION PERSONAL	
¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servimplete S.A.
¿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"/>
¿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"/> Nombre del arrendador Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual
¿Por qué conceptos?	Teléfono 3 años
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible <small>(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.</small>	

99926635



7 0 2 1 2 0 0 7

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o) Genoveva Castro		Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa		Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono		Ciudad	
No. de personas que dependen económicamente de usted 2	Parentesco Esposa - hijo	Edades 54 - 16		Teléfono(s)	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio				Teléfono(s)
Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio				Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		CIUDAD														
Primería	1990	5	Primaria	Escuela Santa Rita		Chooachi														
Bachillerato																				
Académico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Técnico																	
Comercial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro																	
Educación Superior																				
Técnico	<input type="checkbox"/>																			
Tecnológico	<input type="checkbox"/>																			
Profesional	<input type="checkbox"/>																			
Posgrados																				
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución															
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución															
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa																
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>														
Nombre de la institución																				
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>R</td> <td>B</td> <td>MB</td> <td>3.</td> <td>R</td> <td>B</td> <td>MB</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>B</td> <td>MB</td> <td>4.</td> <td>R</td> <td>B</td> <td>MB</td> </tr> </table>			R	B	MB	3.	R	B	MB	R	B	MB	4.	R	B	MB
R	B	MB	3.	R	B	MB														
R	B	MB	4.	R	B	MB														
Sistemas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.		Escucha	Lectura	Escritura														
¿Qué programas maneja?		2.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Idiomas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
¿Qué idioma(s) conoce?		2.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
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 DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servi Limpieza S.A.		Actividad Económica Limpieza	Dirección Cl 86 D # 30-21		Teléfono(s) 601 6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento		Área del cargo 03 M 04 A 23	Fecha Ingreso 03 M 04 A 23	Fecha Retiro 0 M A	Sueldo Inicial \$1'160.000	Sueldo Final \$1'300.000
Funciones realizadas las asignadas por el jefe inmediato						
Nombre de su jefe inmediato Yaneth Folg			Cargo Supervisora			
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo? X	Contrató directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa Serretaria General - Alcaldia Mayor	Actividad Económica Sector Público	Dirección Cra 8 # 10-65	Teléfono(s) 601 3813000		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales	Área del cargo S.S.A	Fecha Ingreso D 13 M 09 A 22	Fecha Retiro D 03 M 04 A 23	Sueldo Inicial \$ 1'700.000	Sueldo Final \$ 1'700.000
Funciones realizadas <i>las asignadas por el jefe inmediato</i>					
Nombre de su jefe inmediato Maria Yenifer Prada	Cargo Subdirectora				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 Vinculación					
Nombre de la empresa Limpieza Institucional Basu SAS	Actividad Económica Limpieza	Dirección Cra 74 # 51A - 42	Teléfono(s) 601 9164641		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 13 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 1'000.000	Sueldo Final \$ 1'000.000
Funciones realizadas <i>las asignadas por el jefe inmediato.</i>					
Nombre de su jefe inmediato Fredy Guzman	Cargo Supervisor				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminación Contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1.	Nombre Jaime Caballero	Ocupación Conductor	Dirección Av. 57 R # 62-65	Teléfono 3043515309	
2.	Nombre Migela Vargas	Ocupación Aux. Administrativa	Dirección Cll 6 BIS A # 901-80	Teléfono 3125819470	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Genoveva Castro	Ocupación Ama de Casa	Dirección Cll 88 J BIS Sur # 8F-04	Teléfono 3124128274	
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono	

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante Bertulio Pulido G C.C. 80391453
---	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80391453-680188

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: BERTULIO PULIDO GONZALEZ
Género MASCULINO **Edad:** 48
Fecha Nacimiento: 8/01/1976
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección CL 88 J BIS 8 F ESTE 04 SUR
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80391453
Teléfono NA **Móvil:** 3124113303
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA,

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: VALORACIÓN POR NUTRICIÓN Y MÉDICO POR DEFECTO DE PARED ABDOMINAL EN EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)	
NO	Información de Remisiones	
NO	CONSENTIMIENTO En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.	

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Andrea P. Gómez Cuitiva
Dra. Andrea Gómez Cuitiva
Medico Especialista en Salud Laboral
Unipublica, 12799
C.C. 1598 260 179



Bertulio Pulido Gonzalez



Firma y cédula del Paciente
BERTULIO PULIDO GONZALEZ
80391453

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



**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
BERTULIO PULIDO GONZALEZ	C.C.	80,391,453	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Puentes	Rosa
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
06 / M / 09 / A / 1968	Zulia N.S. - Cucuta
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Kra 18. N. Bis 63-19- Sur	Bogotá
Teléfono	No. Celular
3188396819.	Nacionalidad
Correo electrónico	colombiana
Profesión, ocupación u oficio	Auxiliar de servicios que documentación
Cédula de ciudadanía:	(*) Estado civil
<input checked="" type="checkbox"/> 37342544	Soltera
Extranjería:	Años de experiencia laboral
Expedida en:	23.0 años
Tarjeta profesional N°	(**) Respuesta optional Art. 111, decreto 2150 de 1995
	Primeras clases: <input type="checkbox"/>
	Segundas clases: <input type="checkbox"/>
¿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

Goy una persona honesta trabajadora responsable con todas las tarea asignadas, y quiero seguir capacitandomo para prestar un extente servicio

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Gerulimpica	Fecha
¿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"/>	D. M. A.
¿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 type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	¿Hace cuánto tiempo reside en este
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Tobias Puentes	25 años
¿Por qué conceptos?	Arriendo comida trasporte etc			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
¿Cuál es su principal afición?	Caminar			\$ 980.00
Obtido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?				

913339525



770212400

Nombre de la empresa Centro asco	Actividad Económica	Dirección Kra 28 877 - 12	Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted cafeteria, Limpieza, dupl	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 23/03/23
Funciones realizadas fachadas oficinas tapetes		Sueldo Inicial \$ 2.160.00	Sueldo Final \$ 2.160.00
Nombre de su jefe inmediato Adriana Losano	Cargo	supervisora	
Logros obtenidos	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	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			

cancellation de contrato

Nombre de la empresa servicio limpiza	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted auxiliar de servicios gene	Área del cargo	Fecha Ingreso 23/03/23	Fecha Retiro D/M/A
Funciones realizadas cafeteria limpiza y dupl de oficinas entre otros		Sueldo Inicial \$ 1.207.00	Sueldo Final \$ 1.207.00
Nombre de su jefe inmediato Janeth Pulea Yeison	Cargo		
Logros obtenidos	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	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 Mireya Vargas	Ocupación Axilin Shadell	Dirección cl. 6 bis # 90A e 30258194 70
2.	Nombre 	Ocupación Auxiliar s. gene	Dirección cl 56 # 27-17 3118779337
1.	Nombre M. Alejandro Pulea	Ocupación Axitivo. operario	Dirección
2.	Nombre 	Ocupación 	Dirección

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Rosa Pulea c.c. 37342544
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 37342544-680072

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: ROSA PUENTES
Género FEMENINO **Edad:** 55
Fecha Nacimiento: 6/09/1968
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección KR 18 N BIS 63 19
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 37342544
Teléfono NA **Móvil:** 3188396819
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA, 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 Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ROSA PUENTES	C.C.	37,342,544	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva
10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

Empleo o cargo al que aspira

Apellido(s) del aspirante
Cuntero

Fecha de nacimiento

24 M 12 1994
Dirección domicilio / Barrio

Lugar de nacimiento

Sogacha Cundinamarca
Ciudad

Teléfono

5732047
Correo electrónico

Profesión, ocupación u oficio

trabajadora

Nombre(s) del aspirante

Yenny Katherine

Nº. Celular

3138720037

Nacionalidad

Colombia

(*) Estado civil

Union libre

DOCUMENTACIÓN

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



Cédula de ciudadanía:

No. **7090219099**

Expedida en:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí

No

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Licencia de conducción No.

Años de experiencia laboral

3 AÑOS

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

Primera clase:

Segunda clase:

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

**Pagar deudas Pendientes tener mejor estabilidad
laboral y económica para un mejor futuro**

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?
Sí No

¿En qué empresa?

Servilimpioza

Empleado Independiente Tipo de contrato

¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí No Dependencia

¿Trabaja antes en esta empresa?
Sí No

¿Solicito empleo antes en esta empresa?
Sí No

Fecha

D M A

Amigo Redes Sociales

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?
Sí No

Nombre

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

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

Dependencia

Por medio de agencia Otro ¿Cuál? **Confiam**

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?
Sí No

Vive en casa: Familiar

Nombre del arrendador

Hace cuánto tiempo reside en

¿Por qué conceptos?

Propia Alquilada

Describalos e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas me

¿Cuál es su principal afición?

Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Sí No

\$ **1.500.000**

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

¿Cuánto es su aspiración salarial?
\$ 1.600.000

16840511



7 70912400

Nombre de la empresa Centro ASEO	Actividad Económica	Dirección Carrera 28B N. 77 - 12	Teléfono(s) 4849720
Cargo(s) desempeñado(s) por usted ASEO Y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 27/01/2023	Fecha Retiro 23/03/2023
Funciones realizadas ASEO Y Cafeteria		Sueldo Inicial 7.760.000	Sueldo Final 7.760.000
Nombre de su jefe inmediato Sandrine	Cargo Jefe		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Obra labor		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro			

terminacion del contrato

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección calle 86d # 30 - 29	Teléfono(s) 6286740
Cargo(s) desempeñado(s) por usted ASEO Y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 18/05/2021	Fecha Retiro 24/01/2023
Funciones realizadas ASEO Y Cafeteria		Sueldo Inicial 7.760.000	Sueldo Final 7.760.000
Nombre de su jefe inmediato Pacita Benabides	Cargo Jefe		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Obra labor		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro			

terminacion del contrato

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono	
Yeni Marizca Alvarez	en piecada		3124526294	Teléfono
Marta Rubiela Gomez	en Piecada		3112587004	
Nombre				
1. Luz estella Quintero	amico de casa	cii 2A H 2 - 10este	3125941441	Teléfono
Nombre				
2. Dilidimo Gerardo Salamea trabajador		cii 2A H 2 - 10este	3162357039	Teléfono
Nombre				

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 Jenny Quintero C.C. 9070219099
---	---	--



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.ocidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: KATHERINE QUINTERO YENNY

Fecha de nacimiento: 24/12/1994

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1010219099

Edad: 29 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:31:52

Fecha salida: 2024-03-13 / 08:49:13



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- FROTIS FARINGEO

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ANUAL, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

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 CUENLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Jeanl Quintero

KATHERINE QUINTERO YENNY
CC: 1010219099
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 -



**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
YENNY KATHERINE QUINTERO	C.C.	1,010,219,099	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

D

M

A

Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

QUELAL Ruiz

Nombre(s) del aspirante

Diego marín

Fecha de nacimiento

D 02 M 10 A 1982

Lugar de nacimiento

PASTO Nariño

Dirección domicilio / Barrio

CALLE 69 A 70-85 PL 3 PISO

Ciudad

Bogotá DC

Teléfono

3206205779

Nº. Celular

3212361834

Correo electrónico

diegoruizquelal3426@gmail.com

Nacionalidad

Colombia

Profesión, ocupación u oficio

OPERARIO de mantenimiento

(*) Estado civil

casado

Años de experiencia laboral

10 años



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: No. 12753966 PASTO

(**) Libreta militar No. 12753966

Primera clase: Extranjería: Expedida en: 16 FEB 2001

Distrito No. 62 Villagómez

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Quiero formar parte de un equipo de trabajo y consolidarme como profesional. En una empresa donde los logros personales sean reconocidos, permitiendo oportunidades de desarrollo profesional.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Nombre

¿Tiene parentes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Sí No

Dependencia

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

Sí No

Vive en casa:

¿Familiar?

Nombre del arrendador

¿Propia? Alquilada?

Gloria Silva

Teléfono 310

7608485

Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

04 MESES

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No

Describal e indique su valor mensual

1'000.000

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio Amigo Redes Sociales Por medio de agencia Otro

¿Cuál?

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 1'000.000

¿Cuánto es su aspiración salarial?

\$ 10 Asignado

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte?

¿Cuál(es)?

Dibujar y montar en Bicicleta

Sí No

ciclismo

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

Sí No

¿Cuál(es)?

Nombre de la empresa CENTRO ASEO.	Actividad Económica	Dirección ERA 28 B N° 77-12		Teléfono(s) PBX 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO DE MANTENIMIENTO	Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.000.000 Sueldo Final \$ 1.200.000
Funciones realizadas Limpieza profunda, de vidrios, modulos, oficinas, labado de Baños, y mantenimiento EN GENERAL				
Nombre de su jefe inmediato Alejandro Peña	Cargo Coordinador operativo			
Logros obtenidos Experiencia.				
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? por obra o labor contratada			
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 TERMINO DE CONTRATO.				

Nombre de la empresa Casa limpia S.A.	Actividad Económica	Dirección AU EL Dorado 100-80.		Teléfono(s) 6014578383
Cargo(s) desempeñado(s) por usted SERVICIOS ESPECIALIZADOS	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 09 2018	Fecha Retiro D 11 M 05 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.000.000 Sueldo Final \$ 1.500.000
Funciones realizadas Lauado de Fachadas, Limpieza de vidrios Limpieza Fina en la Embajada Americana				
Nombre de su jefe inmediato GILBERTO QUINTERO	Cargo SUPERVISOR de ALTURAS			
Logros obtenidos EXPERIENCIA Y AGRADECIMIENTO a mi gran Familia				
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? por obra o labor contratada			
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 TERMINO DE CONTRATO.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1. Nombre mabel camargo	Ocupación CAJERA EXITO	Dirección CALLE 69A 70 - 95	Teléfono 3053044066
2. Nombre Tania Camargo	Ocupación TESORERA EXITO	Dirección CALLE 69A 70 - 95	Teléfono 3222520927
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre DANIEL LOPEZ	Ocupación INGENIERO de SISTEMAS	Dirección CALLE 69A 70 - 95	Teléfono 3202063524
2. Nombre Alejandra Castillo	Ocupación Independiente	Dirección CALLE 69A 70 - 95	Teléfono 3206205779

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 Diego Ruiz C.C. 12753966 de Pasto
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 12753966-680092

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: DIEGO MARIN QUELAL RUIZ
Género: MASCULINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 2/10/1982
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CALLE 69A 70 95
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 12753966
Teléfono: 0 **Móvil:** 3212361834
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
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

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO

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

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

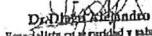
LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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


Dr. Diego Alejandro Paez S.
Especialista en Salud Laboral y salud en el trabajo
C.C 1032428083
R.U.A.A

Médico Especialista en Salud Laboral
DIEGO ALEJANDRO PAEZ SILVA
8614/2021





Firma y cédula del Paciente
DIEGO MARIN QUELAL RUIZ
12753966





NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: DIEGO MARIN QUELAL RUIZ
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 12753966
Nombre Empresa en Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
Nombre Sucursal: UT BOGOTA
Nombre Centro de trabajo: OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA
Tasa de Riesgo: 6.96

NOVEDADES

Fecha Grabacion	Tipo Novedad	Fecha Inicio Novedad	Valor Anterior	Valor Actual	Origen
16/03/2024	INGRESO EMPLEADO	18/03/2024			INTERNET

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

D M A
Fecha 10/10/11

Empleo o cargo al que aspira

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencia su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante

RODRIGUEZ TORERO

Fecha de nacimiento

30 03 1976

Lugar de nacimiento

FUENTE CUNDINAMARCA

Nombre(s) del aspirante

AUZ AURORA

Dirección domicilio / Barrio

calle 17 no 19B 23

Ciudad

SOACHA

Teléfono

-

No. Celular

3108540919

Nacionalidad

colombia

Correo electrónico

AUZrodriguez7630@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

SERVICIOS GENERALES

(*) Estado civil

soltera

DOCUMENTACION

Años de experiencia laboral

25 AÑOS

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

Primera clase:

Segunda clase:

Cédula de ciudadanía:

Nº 52343346

Extranjería:

Expedida en: BOGOTÁ

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

(**) Libreta militar N°

Distrito N°

Licencia de conducción N°

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

PERSONA INTEGRA CON VALORES IMPORTANTE COMO IA HONESTIDAD, RESPONSABILIDAD, SOLIDARIODAD, EQUIPO Y COMPROMISO CON ACTITUD DE TRABAJO EN EQUIPO Y COMPROMISO CON LA CAUSA

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si No

¿En qué empresa?

SERVICIOS LIMPIEZA

Empleado Independiente Conoce a alguien de esta empresa? Si No

Tipo de contrato
obrero

¿Trabajó antes en esta empresa? Si No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No

Fecha

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No

Nombre
Dependencia

Nombre

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

Vive en casa: Propia? Alquilada?

Nombre del arrendador

Dependencia

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No

Describalos e indique su valor mensual

Amigo Redes Sociales

¿Por qué conceptos?

Alquilada?

Otro ¿Cuál?

¿Cuál es su principal afición?

Describalos e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 1'000.000

¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ ASIGNADO

Practica algún deporte? Si No

Cuál(es)?

99926635



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

2011

Nombre de la empresa SERVI ESPECIALES	Actividad Económica	Dirección carrera 6 nro 46-23	Teléfono(s) 018000 123771	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted oficina de Aseo y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 02/02/21	Fecha Retiro 30/09/22	
Funciones realizadas Preparacion de BeBIDAS Atencion Al USUARIO			Sueldo Inicial \$ SLMV	Sueldo Final \$ SLMV

Nombre de su jefe inmediato EDWIN CASAS	Cargo SUPERVISOR
Logros obtenidos	
EXPERIENCIA	
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo Horario de trabajo: Tiempo completo Motivo del retiro	¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa Contrato por medio de agencia Por horas Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
	¿Cuál? OBRA LA BOR

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfno(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo Horario de trabajo: Tiempo completo Motivo del retiro	¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa Contrato por medio de agencia Por horas 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 SANDRA ALUAPES	Ocupación JEFÉ	Dirección	Teléfono 3108564640	
2.	Nombre CECILIA PANTOJA	Ocupación EMPLEADA	Dirección	Teléfono 3213168115	
1.	Nombre WILSON RODRIGUEZ	Ocupación FARMACEUTICO	Dirección	Teléfono 3246820162	
2.	Nombre GENARO RODRIGUEZ	Ocupación PENSIONADO	Dirección	Teléfono 3108655990	

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. 50343346
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52343346-680410

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: LUZ AURORA RODRIGUEZ FORERO
Género: FEMENINO **Edad:** 47
Fecha Nacimiento: 30/03/1976
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALL 17 19 B 22
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52343346
Teléfono na **Móvil:** 3108540919
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA USO DE LENTES PERMANENTES PARA ACTIVIDADES
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
LUZ AURORA RODRIGUEZ FORERO	C.C.	52,343,346	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva®

10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA**PARA SOLICITUD DE EMPLEO**

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

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

Apellido(s) del aspirante Revollo Mercado	Nombre(s) del aspirante Cindy Sugey	
Fecha de nacimiento D 11 M 08 A 1987	Lugar de nacimiento Cienago magdaleno	
Dirección domicilio / Barrio Hu 26 B ESTE 49 - 46 villa Mercedes	Ciudad soacha Cundinamarca	
Teléfono 324 356 68 69	No. Celular	
Correo electrónico Cindyrevollo201@gmail.com	Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Operaria en mantenimiento de Aseo	(*) Estado civil Unión Libre	Años de experiencia laboral año 4 5 meses
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1073673765	(**) Libreta militar N° Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: soacha	Primer clase: <input type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy bachiller con un año y cinco meses de experiencia en mantenimiento de Aseo, atención al usuario, manejo de Cafetería, mis habilidades trabajo en equipo, puntualidad organizada, Responsable con bueno actitud y ganas de crecer para brindarle una mejor calidad de vida a mis hijos

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Sevimpiezo	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 11 M A		
¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Nombre		
¿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 checked="" type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Luis Aunto	Teléfono 3022941677	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 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? \$ 900.000	
¿Por qué conceptos? Alimentación, servicios, vestuario, estudios etc			¿Cuanto es su aspiración salarial? \$	
¿Cuál es su principal afición? Escuchar musica	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? medallas, diplomas, ascensos			

99926635



Nombre de la empresa Multiservicios J.C.M	Actividad Económica OFICIOS VARIOS	Dirección			Teléfono(s) 3186030245
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario mantenimiento Aseo	Área del cargo Conjuntos	Fecha Ingreso 01/06/2021	Fecha Retiro 30/07/2022	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
Funciones realizadas Limpieza y desinfección, desinfección y sellado de tolles					
Nombre de su jefe inmediato Jairo	Cargo RECURSOS HUMANOS				
Logros obtenidos Experiencia					
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Personal					

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 Rosario Aspiollo	Ocupación Operario de Aseo	Dirección Cll 8 # 14-06	Teléfono 3045479403	
2.	Nombre Sandia Peres	Ocupación Operaria de Aseo	Dirección Ki 26 B ESTE 49-20	Teléfono 3213264908	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Emeldo Mercado	Ocupación Empleado doméstico	Dirección Cll 8 # 10 B ESTE 22	Teléfono 3044591672	
2.	Nombre Leidy Revollo	Ocupación Desempleado	Dirección Cll 8 # 10 B ESTE 22	Teléfono 3023939362	

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



Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 1072613762
---	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1073673765-680377

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: CINDY SUGEY REVOLLO MERCADO
Género FEMENINO **Edad:** 36
Fecha Nacimiento: 11/08/1987
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección CRA 26 B ESTE N 49 40
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1073673765
Teléfono 0 **Móvil:** 3243566869
Cargo: OPERARIO DE 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	1.----SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



AXA COLPATRIA

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
CINDY SUGEY REVOLLO MERCADO	C.C.	1,073,673,765	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Ramirez Torres	Nombre(s) del aspirante Paola Andrea	
Fecha de nacimiento 02 02 1979	Lugar de nacimiento San Bernardo (Cundinamarca)	
Dirección domicilio / Barrio Cra 1 # 60 - 10 Sur	Ciudad Bogotá	
Teléfono 313 220 4307	No. Celular 313 220 4307	
Correo electrónico paolaandrea.ramireztorres7@hotmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio operaria servicios generales	(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 12 años
DOCUMENTACION		
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52 742 012	(**) 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 y cumplidora de mis labores, soy honesta, trabajadora . me gusta el trabajo en equipo

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En qué empresa? Serolimpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> obra labor	Tipo de contrato _____
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Propia? <input type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador _____	Teléfono _____
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual _____	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 41 años	
¿Por qué conceptos? Alimentación, servicios, transporte, educación	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800 000		
¿Cuál es su principal afición? _____	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ _____		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? _____			

99926635



Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Cra 28 B # 77-12			Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria servicios	Área del cargo	Fecha Ingreso D 1 M 10 2022	Fecha Retiro D 23 03 2023	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo	
Funciones realizadas servicios generales						
Nombre de su jefe inmediato Yaneth Fula	Cargo supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro Terminación Contrato						

Nombre de la empresa Lasu.	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 51a - 42			Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 2021	Fecha Retiro D 30 M 09 2022	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo	
Funciones realizadas servicios generales						
Nombre de su jefe inmediato Fredy Guzman	Cargo Supervisor					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro Terminación Contrato.						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1. Nombre Juan Pablo Fonseca	Ocupación Contador	Dirección Cra 1 # 60-10 sur	Teléfono 3105266187	
2. Nombre Nelsy Bamero Lemus	Ocupación Empleada	Dirección Cra 65 sur # 4A-36	Teléfono 3112342157	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Aleida Torres Bayona	Ocupación Hogar	Dirección Cra 1 # 60-10 sur	Teléfono 3209927311	
2. Nombre Magdalena Torres Bayona	Ocupación Empleada	Dirección Huertos Sacachá	Teléfono 3123458056	

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 § 105º (Legis)	Firma del solicitante Paola Andrea Ramirez Torres C.C. 5274001637
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52742012-680189

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: PAOLA ANDREA RAMIREZ TORRES
Género: FEMENINO **Edad:** 45
Fecha Nacimiento: 2/02/1979
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 1 N 60 I 10 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52742012
Teléfono: na **Móvil:** 3132204307
Cargo: OPERARIO DE 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	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, CONTROL CON EPS.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
PAOLA ANDREA RAMIREZ TORRES	C.C.	52,742,012	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha
D 14 M 03 A 2024

Empleo o cargo al que aspira

Supervisor

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

Ripe Valeriano

Nombre(s) del aspirante

Jorge Andres

Fecha de Nacimiento

D 04 M 08 A 1981

Lugar de Nacimiento

Bogota D.C.

Ciudad

Dirección domicilio / Barrio

Calle 75 Bis Sur # 6-85

Bogota D.C.

Teléfono

223 66 41

No. Celular

310 706 96 92

Correo electrónico

andres.RipeValeriano@Gmail.com

Nacionalidad

Colombiano

Profesión, ocupación u oficio

Servicios Generales
mantenimiento

(*) Estado civil

Soltero

Años de experiencia laboral

12 Años

Cédula de ciudadanía:

Nº 1022431201

DOCUMENTACION

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

Extranjería:

Expedida en: Bogota

(**) Libreta militar Nº

Distrito Nº

Primera clase:

Segunda clase:

Tarjeta profesional Nº

¿Tiene vehículo?

Si No

Licencia de conducción Nº

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Ser Responsable
 encontrar Soluciones Tener un Buen desempeño
 laboral y Tener Buenas Relaciones Laborales
 entregar Todo A Tiempo y Dar Buenos
 Resultados para la entidad

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

Servimperial

Empleado Independiente

Tipo de contrato

Obra labor

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

D | M | A

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Sí No

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio Amigo Redes Sociales

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Dependencia

Por medio de agencia Otro

¿Cuál?

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

Sí No Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Alquilada?

Nombre del arrendador

Pedro Barera

Teléfono

313254558

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

5 AÑOS

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$

¿Por qué conceptos?

\$

¿Cuál es su principal afición?

Sí No

Futbol

¿Practica algún deporte?

¿Cuál(es)?

Sí No

Futbol

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

Sí No

¿Cuál(es)?

906539615

770212400781

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección		Teléfono	Ciudad	
Nº de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco			Edades	
Nombre(s) padre(s)	nulos	Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Teresa Valenzano	Ama de Casa	375625908			
Rafael Ripe	hogar	3132595552		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio				

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1999	5		Escuela Fabiño Sur	Bogotá
Bachillerato Académico	X	Técnico	Bachiller	Colasio Rutina Cud	Bogotá
Comercial		Otro			
Educación Superior		Técnico			
	2017		Asist. Técnico	I PES	Bogotá
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución				Horario	Fin de semana
				Diurno	A distancia
				Nocturno	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)

Sistemas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB
		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha	Lectura	Escritura
		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 DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)		
Servilimpieza		Calle 86 - 2 # 30-21	601-6786140		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Sueldo Inicial		
Operario mantenimiento	Monzana Liciana	02/03/03	\$ 100000		
Funciones realizadas		Fecha Retiro	Sueldo Final		
Arreglos locatarios y Servicios Generales y Mantenimientos en la Alcaldía		03/03/03			
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Janet fula	Supervisor				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato	Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Fijo			Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
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"/>

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1022931201-680033

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: JORGE ANDRES RIPE VALERIANO
Género MASCULINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 4/08/1986
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 75C BIS SUR 6 - 85
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1022931201
Teléfono 0 **Móvil:** 3107069692
Cargo: SUPERVISOR (A)
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

SEGUIR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO'

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Andrea P. Gómez Cuitiva
Dra. Andrea Gómez Cuitiva
Medico Especialista en Salud Laboral
Unidad 1275B
C.C. 1026260179



Firma y cédula del Paciente
JORGE ANDRES RIPE VALERIANO
1022931201

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
JORGE ANDRES RIPE VALERIANO	C.C.	1,022,931,201	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

SIEMPRE
AL DIA!®

Fecha

D

M

A

Empleo o cargo en el que esta interesado

Código cargo

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Líncon Rojas	Nombre(s) del aspirante Pedro Antonio
Lugar y fecha de nacimiento Susacón (Boyaca) 3 Agosto 1972	
Dirección/domicilio / Barrio C1 20A # 20A-33 Sur / Quiróga	Ciudad Bogotá
Teléfono 3973103	No. Celular 3213626799
Correo electrónico pedrorincon3835@gmail.com	Nacionalidad Colombiano
Profesión, ocupación u oficio Operario	(*) Estado civil Casado
Años de experiencia laboral	



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 41.266.714	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjeria: <input type="checkbox"/> Expedida en: Susacón - Boyaca	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	¿Solicito empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dependencia _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____	_____	¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Bogotá	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Bogotá	_____	¿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 Alberto Rodríguez	Teléfono 3726717	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 Años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalos e indique su valor mensual _____	_____	¿Cuanto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Por que conceptos? _____	_____	_____	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$

¿Cuál es su principal afición? Fútbol	¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Fútbol
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____		
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____		

OBJETIVO Mencione brevemente qué expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

04524933



VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servilimpieza SA		Dirección Calle 86 D # 30-21		Teléfono(s) 601 628 6140		
Nombre de su jefe inmediato Taneth Tulca	Cargo Supervisor	Fecha de ingreso 28 08 2023		Fecha de retiro D M A		
Total tiempo servido 1 año	Sueldo inicial \$ 1'300.000 =	Sueldo final o actual \$ 1'300.000 =	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux Servicios Generales			
Funciones realizadas Mantenimiento de la Alcaldía y Servicios Generales						

Logros obtenidos

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

Terminación contrato

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Secretaría General - Alcaldía Mayor		Dirección Cr 11 # 8-17		Teléfono(s) 3820660		
Nombre de su jefe inmediato Jenifer Prader	Cargo Sub. Servicios Adm	Fecha de ingreso 13 09 2022		Fecha de retiro 04 06 2023		
Total tiempo servido 8 meses	Sueldo inicial \$ 1'600.000 =	Sueldo final \$ 1'600.000 =	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. Servicios Generales			
Funciones realizadas Realizar Anexos locativos y mantenimiento de recursos f.s.ras de la entidad y servir de apoyo en actividades de servicios Administrativos						

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>

Motivo del retiro

Terminación contrato Provisional.

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)		
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso		Fecha de retiro
				D	M	A
Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted			
	\$	\$				
Funciones realizadas						

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente está afiliado)			
¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de pensiones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de cesantías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?	¿Cuál?	¿Cuál?	
Fecha de afiliación:			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 4266714-680141

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: PEDRO ANTONIO RINCON ROJAS
Género: MASCULINO **Edad:** 51
Fecha Nacimiento: 3/08/1972
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: KR 20 A 28 A 32
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 4266714
Teléfono:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

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

'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: De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

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

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

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

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

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



Firma y cédula del Paciente
PEDRO ANTONIO RINCON ROJAS
4266714





NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: PEDRO ANTONIO RINCON ROJAS
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 4266714
Nombre Empresa en Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
Nombre Sucursal: UT BOGOTA
Nombre Centro de trabajo: OTRAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA
Tasa de Riesgo: 6.96

NOVEDADES

Fecha Grabacion	Tipo Novedad	Fecha Inicio Novedad	Valor Anterior	Valor Actual	Origen
16/03/2024	INGRESO EMPLEADO	18/03/2024			INTERNET



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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		
I. INFORMACION GENERAL		
Apellido(s) del aspirante Plamiraz epieyu		Nombre(s) del aspirante Yanis del carme
Fecha de nacimiento 07/12/82	Lugar de nacimiento Uribia Guajira	Ciudad Bogota
Dirección domicilio / Barrio Kr 94 #87 Sur - 80	No. Celular 3108735532	Nacionalidad colombiana
Teléfono 3108735532	Años de experiencia laboral 8 años.	
Correo electrónico aplicuyanis2012@gmail.com	Profesión, ocupación u oficio operaria de cafeteria	
Extranjería: <input type="checkbox"/>		(*) Estado civil Union libre
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 3656654		(**) Libreta militar N° Distrito N°
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Uribia Guajira		Licencia de conducción N°
Tarjeta profesional N° 4540		Categoría
DOCUMENTACION <small>(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995</small>		



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral
Me considero una persona muy responsable, respetuosa positiva con las actividades asignadas. Respeto a mis compañeros Jefes y funcionarios en mi punto de trabajo soy muy dinámica colaboradora.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>			
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	¿Conoce a alguien de esta empresa?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nombre Dependencia		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Propia? <input type="checkbox"/>	¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalos e indique su valor mensual	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?		
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input type="checkbox"/>	Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Por qué conceptos?		Por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Cuál es su principal afición?				
¿Practica algún deporte?				
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?				
\$				
¿Cuanto es su aspiración salarial?				
\$ Q500.000				

99926635

7012140

Nombre de la empresa acolimpicra	Actividad Económica	Dirección calle 25B #85 bogota kg 7800		Teléfono(s) 0
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria cafeteria ases	Área del cargo comisario	Fecha Ingreso D 5 M 11 A 20	Fecha Retiro D 19 M 12 A 21	Sueldo Inicial \$ 980000
Funciones realizadas limpieza de oficinas, baños, cafeteria	funcionarios	Sueldo Final \$ 980000		
Nombre de su jefe inmediato otaira perera	Cargo	recurso humano		
Logros obtenidos todos positivos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro personales				

Nombre de la empresa scrublimpicra	Actividad Económica	Dirección calle 26d #30-29		Teléfono(s) 6286140
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria cafeteria ases	Área del cargo comisario	Fecha Ingreso D 21 M 6 A 23	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$
Funciones realizadas limpieza de oficinas de capado de pro limpia o6	cercos comunes a baños afección al funcionario	Sueldo Final \$		
Nombre de su jefe inmediato Betsy isabel villapolo	Cargo	recurso humano		
Logros obtenidos todos positivo estoy activa.				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	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 wilson reboledo	Ocupación tacneo pedes	Dirección bosa	Teléfono 316-6032 790	
2. Nombre maria pico	Ocupación artesano	Dirección suba	Teléfono 3013616024	
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1. Nombre Angela ramirez	Ocupación operaria	Dirección Roma Kanedy	Teléfono 3166032 790	
2. Nombre Mayury Meriqua	Ocupación iconoclasta	Dirección Roma Kanedy	Teléfono 3105 407238	

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

Marca con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 3646654
---	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 36466591-680055

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C.
Paciente: YENIS DEL CARMEN RAMIREZ EPIEYU
Género: FEMENINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 7/12/1982
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: KR 94 SUR 87 80
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 36466591
Teléfono: NA **Móvil:** 3108735532
Cargo: OPERARIO 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

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
YENIS DEL CARMEN RAMIREZ EPEIYU	C.C.	36,466,591	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante		Nombre(s) del aspirante	
Runza Segura		Aurora	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
D 9 M 03 A 88	Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
Kr 49 # 68 f - 31 sur		Bogotá	
Teléfono	Nº. Celular		
640 4141	304 2049876		
Correo electrónico	Nacionalidad		
aurorarunza01@gmail.com	Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral	
operaria de oficinas	Soltera	7 años	
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1024483297	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No.	Licencia de conducción No.	Categoría	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			

II. PERFIL LABORAL

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

Anivel laboral demostrar mis capacidades y ser eficaz en lo asignado anivel educativo terminar de estudiar pedagogia infantil anivel personal Ser mejor madre persona y profesional cada dia

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Señor	obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nombre
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalo e indique su valor mensual	Amuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? licitacion
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Por qué conceptos?		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
Arriendo servicios Alimentación educación		317615412 8 años
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
Leer	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	\$ 1,200,000
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?	¿Cuál(es)?	¿Cuál es su aspiración salarial?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		\$ 600,000

19706000



Nombre de la empresa Centro Aces S.A	Actividad Económica	Dirección Cra 28B #77 - 12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operación de aces	Área del cargo	Fecha Ingreso 22/08/2017	Fecha Retiro 05/19	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas Manejo de inventario					
Nombre de su jefe inmediato	Cargo				
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? 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 Cambio de licitacion					

Nombre de la empresa Construmetalicos R.F	Actividad Económica	Dirección Cl 16B 6 #49-04 Sur 7187934		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso 03/08/2015	Fecha Retiro 16/08/2017	Sueldo Inicial \$737.717	Sueldo Final \$737.717
Funciones realizadas Manejo de inventario oso general					
Nombre de su jefe inmediato Raul Heli Franco	Cargo Jefe de operacion				
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 type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminacion de contrato					

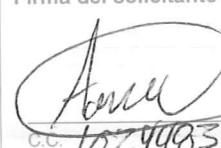
VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores					
1.	Nombre Nini Johana Forero	Ocupación Empleada	Dirección TW 18 J B-5 A 71 sur	Teléfono 3177615412	
2.	Nombre Nataly Munoz	Ocupación Estudiante	Dirección Cl 15B M sur 71821	Teléfono 3223605370	
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Ricardo Vazquez	Ocupación Guardia de Seguridad	Dirección	Teléfono 31385886066	
2.	Nombre Naneza espitia	Ocupación	Dirección	Teléfono 3142456138	

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. 1024983297
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
Nit: 900170994-9



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1024483297-680434

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	AURORA RUNZA SEGURA	Identificación:	1024483297
Género	FEMENINO	Teléfono	NA Móvil: 3042024878
Fecha Nacimiento:	36	Cargo:	OPERARIA ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	KR 49 68 F 28 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)	
NO	Información de Remisiones	
NO	'CONSENTIMIENTO En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.	

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
AURORA RUNZA SEGURA	C.C.	1,024,483,297	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "FREDY CEBALLOS MONTAÑA".

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



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha
D 4 M 03 A 24

Empleo o cargo al que aspira

Auxiliar Servicios Generales y Cafetería

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Ramirez Perdomo.	Nombre(s) del aspirante Angela María	
Fecha de nacimiento 26 M 12 A 69	Lugar de nacimiento Bogota	
Dirección domicilio / Barrio c11.54 sur N- 71B-45	Ciudad Bogota	
Teléfono	Nº. Celular 3044973819	
Correo electrónico angelaramirez6950@gmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral 10, años
		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 51983032 1	(**) Libreta militar No.	Primer clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.
DOCUMENTACIÓN		

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona, comprometida y dada al espíritu de solidaridad, gran adopción a trabajos en grupo con gran sentido de la responsabilidad, organización y cumplimiento me desempeño en el área de atención al cliente, con excelentes valores éticos y morales, habilidades y destrezas.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué empresa? ServiLimpieza S.A	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependencia	Tipo de contrato Obra & Labor	
¿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	¿Conoce a alguien de esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Nombre Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	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? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Describalo e indique su valor mensual			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Minimo			
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Cuál(es)?				
Arriendo, Servicios públicos, Canasta familiar				
Trabajo, Leer, escuchar Música				

* Algunas veces obtengo distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

19706000



3
6068433

Nombre de la empresa Centro Aseo S.A.S	Actividad Económica	Dirección Cra 28 B N° 77-12			Teléfono(s) 6068433 6064849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario De Aseo Y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 21 M 12 A 22 D 23	Fecha Retiro A 03 A 23	Sueldo Inicial \$ Minimo Minimo	Sueldo Final
Funciones realizadas Realizar Aseo en OFICINAS, Area Administrativo, barrer, trapear, Mopear, Limpieza de piso de Modulos, escritorios, Mesas auxiliares, columnas, barandas, Pantallas, vidrios, Puertas, paredes, Areas comunes, pasillos, Lavado y Desinfección de barcos, Manejo de Greca, prepara Tinto, clasificar basura puntos ecológicos					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina Sánchez.	Cargo Supervisora				

Logros obtenidos

Aprendizaje

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Fecha Retiro D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sueldo Inicial \$ <input type="checkbox"/>	Sueldo Final \$ <input type="checkbox"/>	
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 Janéth Pineda	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3125724626
2. Nombre Blanca Lilia Orjuela	Ocupación Independiente	Dirección	Teléfono 3115562260

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

1. Nombre Jenny Esperanza Ramírez	Ocupación Hogar	Dirección	Teléfono 3156089071
2. Nombre Consuelo Ramírez P.	Ocupación Empleada.	Dirección	Teléfono 31120061

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 Angela Ramirez Perdomo C.C. 51983032
---	---	--

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: ANGELA MARIA RAMIREZ
PERDOMO
Fecha de nacimiento: 26/12/1969
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 51983032
Edad: 54 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:55:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 01:55:27



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

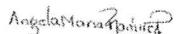
:

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



Dr. Karla Lisbeth
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

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



ANGELA MARIA RAMIREZ
PERDOMO
CC: 51983032
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
ANGELA MARÍA RAMIREZ PERDOMO	C.C.	51,983,032	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha Empleo o cargo al que aspira
D 26 M 07 A 24

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

Rodríguez Bernal

Fecha de Nacimiento

D 06 M 01 A 1983

Lugar de Nacimiento

Bogotá

Ciudad

Bogotá

Dirección domicilio / Barrio

CLL 68 6 bis Sur #49B-12 (candelaria)

No. Celular

3243850900

Teléfono

3102845331

Correo electrónico

Flormarinacarodriguezbernal@gmail.com

Profesión, ocupación u oficio

operaria de servicios generales

(*) Estado civil

vivienda

Años de experiencia laboral

6 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía:

N° 52957218

Extranjería:

Expedida en:

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si No

(**) Libreta militar N°

Distrito N°

Licencia de conducción N°

Primera clase:

Segunda clase:

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable trabajadora, me adapto rápido a nuevos cambios, me gusta trabajar en equipo siempre con buena actitud y honestidad

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Si

No

¿En qué empresa?

Sevylimpieza

Empleado

Tipo de contrato

obra labor

Independiente

Nombre

¿Trabajó antes en esta empresa?

Si

No

¿Solicito empleo antes en esta empresa?

Si

No

Fecha:

D M A

Conoce a alguien de esta empresa?

Si

No

Dependencia

¿Tiene parentes que trabajan en esta empresa?

Si

No

Nombre

Dependencia

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

Si

No

Nombre

Dependencia

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Si

No

Nombre

Dependencia

¿Por qué conceptos?

Arriendo, mercado, pasajes, Estudios de mi hija

¿Cuál es su principal afición?

Nunca

Vive en casa:

Familiar

Propia

Alquilada

Nombre del arrendador

Elisa Neva

Teléfono

3219114176

¿Hace cuánto tiempo reside en

3 años

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas n

\$1.000.00

¿Cuánto es su aspiración salarial?

el asignado

¿Practica algún deporte?

Si No

¿Cuál(es)?

913340817

1/202407007

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



Nombre de la empresa centro Aseo	Actividad Económica Mínimo	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios generales	Área del cargo Cafeteria	Fecha Ingreso D 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo	
Funciones realizadas Servicios generales y cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato Adriana lozano	Cargo Supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/> 6 meses	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" 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 Servi Limpieza	Actividad Económica Mínimo	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios generales	Área del cargo Cafeteria	Fecha Ingreso D 24 M 10 A 23	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo	
Funciones realizadas Servicios generales y Cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato Janet fula	Cargo Supervisora					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/> 10 meses	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" 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 Pilar Lopez	Ocupación Servicios generales	Dirección	Teléfono 321244338
2.	Nombre Arturo	Ocupación oficina	Dirección	Teléfono 30005730876
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Angelina Bernal Rodriguez	Ocupación casa de casci	Dirección	Teléfono 3232064422
2.	Nombre Heidy Michel Ruiz R.	Ocupación Estudiante	Dirección	Teléfono 3209038992

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 Marina Rodriguez c.c. 52957218
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52957218-680117

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: FLOR MARINA RODRIGUEZ BERNAL
Género: FEMENINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 6/01/1983
Estado Civil: VIUDO(A)
Dirección: CALLE 68G BIS SUR 49B 12
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52957218
Teléfono: 0 Móvil: 3102845331
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

SEGUR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)

REALIZADO

KOH - FROTIS UÑAS

REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: TRABAJADORA CON ANTECEDENTE TRAUMATICO RECIENTE EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO QUE EN EL MOMENTO NO LE GENERA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO.

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
FLOR MARINA RODRIGUEZ BERNAL	C.C.	52,957,218	18/03/2024

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "F. C. M." or a similar variation.

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

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.