



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 Jardineria
----------------	---

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Londoño Villegas		Nombre(s) del aspirante Edilson	
Fecha de nacimiento D M A 19 03 1977		Lugar de nacimiento Planadas Tolima	
Dirección domicilio / Barrio Bosa Porvenir		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3144212888-3165337502	
Correo electrónico londonovillegasedilson@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Jardinero		(*) Estado civil Soltero	Años de experiencia laboral 32 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 14191476	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

Trabajo de campo con habilidades frente a cultivos de siembra, café, Plátano ayudante de construcción, etc

III. INFORMACION PERSONAL

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

99926635

717021241007813

Nombre de la empresa Centro Asco	Actividad Económica	Dirección carrera 28b #77-12		Teléfono(s) 4849126	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Jardinero	Área del cargo	Fecha Ingreso D 11 M 10 A 2022	Fecha Retiro D 23 M 03 A 2023	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Guadagnar, siembra de plantas y mantenerlas					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez			Cargo Supervisora		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de Contrato					

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Sandra Lorena Beltian	Ocupación Independiente	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 Londono	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 § 105 (Legis)	Firma del solicitante Edilson Londono C.C. 74797476
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: EDILSON LONDOÑO VILLEGAS
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

APT0 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

[Firma]

Dra. Natalia Beltrán
Médica Especialista en Salud Laboral
R.M. 25 1627/2011 Lic. 17024 28



Edilson Londoño



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

Firma y cédula del Paciente
EDILSON LONDOÑO VILLEGAS
14191476



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 VILLEGAS	C.C.	14,191,476	18/03/2024

Cordialmente,

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

minerva 10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Madrigal Diaz		Nombre(s) del aspirante Luis Enrique	
Fecha de nacimiento 27 / 03 / 1996	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio Calle 1a bis a # 1a 40		Ciudad Bogota	
Teléfono		Nº. Celular 3248362025	
Correo electrónico cd3587145@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio operario de mantenimiento		(*) Estado civil Union Libre	Años de experiencia laboral 6 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1023950293	(**) Libreta militar No. 1023950293	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito No. 2	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. 1023950293
		Categoría 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? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha
¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre
Dependencia		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		
Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 Yanira Vanegas
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono
¿Por qué conceptos? Alimento, Alimentación, Servicios, vehículo		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 8 años
¿Cuál es su principal afición? Futbol		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000 =
¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)? Futbol
¿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"/>		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El acordado
¿Cuál(es)? Medallas		

14117239

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección Calle 86 D # 30-21	Teléfono(s) 601743 2060	
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 \$ 800.000				
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? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de contrato				

Nombre de la empresa Serviasco	Actividad Económica	Dirección Cra 54 # 19-71	Teléfono(s) 601335 2220	
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? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de contrato				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Tairmen Rincon	Ocupación Pensionado	Dirección Calle 66 sur # 2-12	Teléfono 314 2940101
2.	Nombre Victor Rincon	Ocupación Pensionado	Dirección Calle 66 sur # 2-12	Teléfono 3105551791
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Johana Madrigal	Ocupación Ama de Casa	Dirección Calle la bota # 10-40	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

ZONAMEDICA

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 Edad: 27	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:	NÓ REPORTEA
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 Páez Cuitiva

Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia: 12798
C.C. 1.026.859.179

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,

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante		Nombre(s) del aspirante	
Morales Chaves		Jose David	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
D 19 M 09 A 87	Bogota D.C.		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
Cra 48c #70-12 sur		Bogota D.C.	
Teléfono		No. Celular	
		3013188048	
Correo electrónico		Nacionalidad	
verdolagonegro@gmail.com		colombiano	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Auxiliar de mantenimiento		soltero	8 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024474933	(**) Libreta militar N° 1024474933	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N° 32	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

conociendo con un gran interés. tengo gran capacidad para el trabajo en equipo. considero una persona trabajadora respetuosa

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
		Servicio público		
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha
		D M A		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
		¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		
		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
		Describalo e indique su valor mensual		
		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?		
		\$ 1'600.000		
		¿Por qué conceptos?		
		¿Cuánto es su aspiración salarial?		
		\$ 1'700.000		
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Micro fútbol		ciclismo		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?				
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				

99926635

717021241007813

Nombre de la empresa centro asco		Actividad Económica 120000		Dirección 78B #77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted auxilio de mantenimiento		Área del cargo 20 julio		Fecha Ingreso 02 M 10 A 22		Fecha Retiro 23 M 03 A 23	
Sueldo Inicial \$ 1'200.000		Sueldo Final \$ 1'300.000					
Funciones realizadas mantenimiento gallas aspiradoras brillo lavadoras estufas puertas etc							
Nombre de su jefe inmediato notalia				Cargo supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 auxilio mantenimiento		Área del cargo lievano		Fecha Ingreso 10 M 02 A 20		Fecha Retiro 19 M 04 A 21	
Sueldo Inicial \$ 1'100.000		Sueldo Final \$ 1'200.000					
Funciones realizadas mantenimiento gallas aspiradoras estufas aspiradoras etc							
Nombre de su jefe inmediato pedro montenegro				Cargo supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro termino de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Suan collos	Ocupación maestro constructor	Dirección 320 3973387
2.	Nombre Nelson Morales	Ocupación maestro constructor	Dirección 3176539832
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Liliana Morales	Ocupación servicios general	Dirección 3014635115
2.	Nombre Pablo Morales	Ocupación	Dirección 3213627134

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 José Rueda Morales C.C. 10.24477933
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
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

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
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia: 12798
C.C. 1026.260.179



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

Jose David Mor

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 "fca1".

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

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO


Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante MURILLO MANDRIQUE		Nombre(s) del aspirante LAURA VANESSA	
Fecha de nacimiento 28.05.94	Lugar de nacimiento BOGOTÁ	 Formato 3x4 cms.	
Dirección domicilio / Barrio CRA 60 Este # 36-61	Ciudad SOACHA		
Teléfono	No. Celular 3222662654		
Correo electrónico laurita180928@gmail.com	Nacionalidad COLOMBIANA		
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil SOLTERA	Años de experiencia laboral

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1026579256	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Conoce a alguien de esta empresa?
		Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
		Nombre	Dependencia	Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
		Nombre	Dependencia	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador MARTHA TRUJILLO	Teléfono 3104747934
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 AÑO
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 950.000
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1'350.000
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?				
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?				

99926635

71702120017

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? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 3102360311
2.	Nombre EDWIN CORRALES	Ocupación Empleado	Dirección 3166193136
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre LORENA MURILLO	Ocupación Empleada	Dirección 3104607409
2.	Nombre ELIENA MANRIQUE	Ocupación Empleada	Dirección 3115411301

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



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

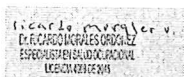
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- 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



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 "f c m".

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 23/02/2024 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: 20/02/1997
Lugar de nacimiento: BOGOTÁ

Dirección domicilio / Barrio: Transversal 40 NO 4 SUR 35
Ciudad: SOACHA

Teléfono: N° Celular: 3154703176

Correo electrónico: Polithagonita@hotmail.com
Nacionalidad: colombiana

Profesión, ocupación u oficio: operaria
(*) Estado civil: union libre
Años de experiencia laboral: 5 años

DOCUMENTACIÓN

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

Tarjeta profesional No.: ☐ ☒ Sí ☐ No

(**) Libreta militar No.:
Distrito No.:
Licencia de conducción No.: 1073710462
Categoría: A2

Primera clase: ☐
Segunda clase: ☐



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 causa requerida buen desempeño y creatividad en labores asignadas

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí ☒ No ☐
¿En qué empresa? servilimpieza

Empleado ☒ Tipo de contrato: obra y labor
Independiente ☐

¿Trabajó antes en esta empresa? Sí ☐ No ☒
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☐ No ☒

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí ☐ No ☒
Nombre: Dependencia:

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí ☐ No ☒
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No ☒

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

¿Vive en casa: ¿Familiar? ☒ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐
Nombre del arrendador:
Teléfono: ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000
¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ ASIGNADO

¿Por qué conceptos?
¿Cuál es su principal afición?
¿Practica algún deporte? Sí ☐ No ☒
¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?

19706000



Nombre de la empresa limpieza institucional LASU		Actividad Económica carretera	Dirección 74 NO. 51a 42	Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de Aseo y cafetería		Área del cargo varias	Fecha Ingreso 20/04/21	Fecha Retiro 30/09/22	Sueldo Inicial \$ 1.000.000
Funciones realizadas Preparacion de Bebidas atencion al usuarios lavado de pisos		Suelo 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 type="checkbox"/> 18 meses		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro terminacion de contrato					

Nombre de la empresa easy clean		Actividad Económica Diagonal 74BIS# 208-74	Dirección 7432066	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted varios		Área del cargo	Fecha Ingreso 10/02/20	Fecha Retiro 19/04/21	Sueldo Inicial \$ 1.000.000
Funciones realizadas Preparacion de Bebidas atencion al ciudadano lavado de Pisos		Suelo 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 type="checkbox"/> 14 meses		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro terminacion de contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Luisa Acosta	Ocupación operaria	Dirección 3142775995
2.	Nombre Nicolas TOUAR	Ocupación domiciliario	Dirección 3008652024
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre ROSA Hernandez	Ocupación operaria	Dirección 3244738231
2.	Nombre HUGO STEVEN TOUAR	Ocupación TECNICO MECANICO	Dirección 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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057.(Legis).	Firma del solicitante  C.C. 1043710462
---	---	--



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

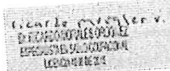
CONCEPTO DE APTITUD:

:

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 ORDÓÑEZ
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

Fecha: 12/01/2023



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 HERNANDEZ	C.C.	1,073,710,462	18/03/2024

Cordialmente,

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

minerva 10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 26 M 02 A 2024	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
Muñoz Quintero	Gloria Esperanza	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
D 18 M 05 A 82	Samana Caldas	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
Diag 68h # 54-49 Sur	Bogota	
Teléfono	No. Celular	
	301 186 89 66	
Correo electrónico	Nacionalidad	
alejago3708@gmail.com	Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
	Unión libre	8 años



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 30 225 706	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Samana cds	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Persona con actitud y aptitud de capacidades
iniciativa para desarrollar ideas nuevas.
con alto grado de puntualidad, Responsabi-
lidad y buenos valores.
Gran capacidad de trabajo individual y equipo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabaja antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D M A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre		Dependencia
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	
¿Por qué conceptos?	Arriendo, Alimentación, transporte, recibos.		
¿Cuál es su principal afición?	Leer.		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? Mención de honor.		
¿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?			
¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?		Teléfono	
8 años		3134773236	
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?		\$ 1'800.000	
¿Cuanto es su aspiración salarial?		\$ la asignada.	

9966

71702124100781

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica Social		Dirección cra 283 # 77-12		Teléfono(s) 484 9120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo		Área del cargo Oficinas.		Fecha Ingreso 03/08/22		Fecha Retiro 23/03/23	
				Sueldo Inicial \$1'160.000		Sueldo Final \$1'207.000	
Funciones realizadas operaria de Aseo y Cafetería.							
Atencion a Funcionarios, preparación de café							
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Marrugo.				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos Buenas Relaciones Interpersonales							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Termino de Contrato							

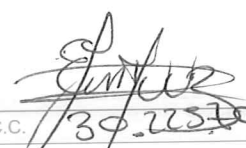
Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
				D M A		D M A	
Funciones realizadas						Sueldo Inicial \$ Sueldo Final \$	
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: 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 Nubra Camargo U.	Ocupación independiente	Dirección diag 68h #54-49s
			Teléfono 313 4773236
2.	Nombre Joave Ramirez. R.	Ocupación independiente	Dirección calle 40 H sur #72 R.
			Teléfono 310 3132518
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre José Ariel Hernandez	Ocupación independiente	Dirección diag 68H #54-49
			Teléfono 3203736365
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1*) Régimen Laboral Colombiano § 105* (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 30.225106 Samania ds.
---	---	--



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: GLORIA ESPERANZA 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] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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 presento la valoración.

Dra. Karla Canelon
Médica Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 1094861739

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

GLORIA ESPERANZA MUÑOZ
QUINTERO
CC: 30225706
Firma del paciente

Sedes Nacionales

Sedes Bogotá

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali
Cali - La Florida - Cali Versalles - Cartagena -



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

CERTIFICA

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

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

Cordialmente,

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



HOJA DE VIDA

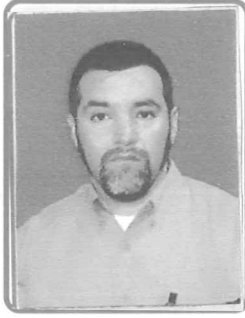
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

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

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 chs # 6-29	Ciudad Bogotá		
Teléfono 9251860	Nº. Celular 344917055		
Correo electrónico Pedro92531@gmail.com	Nacionalidad colombiana		
Profesión, ocupación u oficio todero, montenimiento		(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 16 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 80369946	(**) Libreta militar No. 152526	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito No.		
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 mecanica, construcción general, Fontenero,
carpinteria, pintor, ventas, Bodeguero, Electricidad.
y otros logros.**

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que empresa? Servid Empresa	Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/> obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 Pirela aldona
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describe e indique su valor mensual	¿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"/> Empolme
¿Por qué conceptos? Alimento, Servicios, Alimentación y otros	¿Práctica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos su aspiración salarial? \$ 1250.000
¿Cuál es su principal afición? El deporte	¿Cuál(es)? Calismo, Fútbol	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 años
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	

089633680

7 702124 007813

Nombre de la empresa Centro aseo	Actividad Económica	Dirección Cra 286 # 77-12.	Teléfono(s) 4849120.	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario mantenimiento.	Área del cargo	Fecha Ingreso 3 M 10 22	Fecha Retiro 3 M 23 23	Sueldo Inicial \$ 1160000
Sueldo Final \$ 1160.000.				
Funciones realizadas C. generales y mantenimiento general.				
Nombre de su jefe inmediato Yonnet Fula.		Cargo Supervisora.		
Logros obtenidos Experiencia laboral mas conocimiento				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra 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 comercial				

Nombre de la empresa Lasa.	Actividad Económica	Dirección Carra 74 # 51442	Teléfono(s) 9164881	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted C. generales y montaje.	Área del cargo	Fecha Ingreso 30 M 9 22	Fecha Retiro minimo	Sueldo Inicial \$
Sueldo Final				
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato Fredy Gozmon.		Cargo Supervisor.		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra labor.		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro terminación de contrato.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Yolanda Franco	Ocupación Contadora.	Dirección 3134333943.
2.	Nombre Minacendales.	Ocupación Amadeosa	Dirección 3204977187.
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Monja delamedina amadeosa	Ocupación	Dirección 9251860.
2.	Nombre	Ocupación	Dirección

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante Pedro Intoramedina C.C. 80369946.
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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 - BOGOTÁ 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

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

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



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,

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

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

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

minerva®
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

Empleo o cargo al que aspira

D

M

A

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante

NAVARRO ARRIETA

Nombre(s) del aspirante

LICENIA MERCEDES

Fecha de nacimiento

D 18 M 02 A 1993

Lugar de nacimiento

ARACATACA MAGDALENA

Dirección domicilio / Barrio

Calle 77L # 70A56 NUEVA GRANAD BOGOTA

Ciudad

Teléfono

8028302

No. Celular

3208131899

Nacionalidad

COLOMBIANO

Correo electrónico

Jesuy marilosamot23@gmail.com

(*) Estado civil

UNION LIBRE

Años de experiencia laboral

4 años

Profesión, ocupación u oficio

OPERARIO ASEO

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: ☒ N°

1084743310

(**) Libreta militar N°

Extranjería: ☐

Expedida en: ARACATACA MAGDA

Distrito N°

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si ☐ No ☒

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

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Si ☒ No ☐

¿En qué empresa?

SERVILIMPIEZA

Empleado ☒

Tipo de contrato

Independiente ☐

OBRA O LABOR

¿Trabajó antes en esta empresa?

Si ☐ No ☐

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Si ☐ No ☒

Fecha

D M A

¿Conoce a 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 ☐ Redes Sociales ☐

Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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

Si ☒ No ☐

Vive en casa: ¿Familiar?

¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☒

Nombre del arrendador

HERNAN VELANDIA 3188142381 año

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Si ☐ No ☒

Describalo e indique su valor mensual

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 9.000.000

¿Cuanto es su aspiración salarial?

\$ 10 ASIGNADO

¿Por qué conceptos?

¿Cuál es su principal afición?

LEER

¿Practica algún deporte?

Si ☐ No ☒

¿Cuál(es)?

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

MENTIONES HONOR EN EL COLEGIO

9902035

7170212410017

Nombre de la empresa CENTRO ASEO MANTENIMIENTO ASEO Y CAFETERIA		Actividad Económica CARRERA 28 B #77-12		Dirección 4849120		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO DE ASEO CAFETERIA		Área del cargo OPERATIVO		Fecha Ingreso 03 M 10 A 22		Fecha Retiro 23 M 03 A 23	
Sueldo Inicial \$1037.000		Sueldo Final \$1160.000					
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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		OBRA O LABOR			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro TERMINACIÓN DE CONTRATO							

Nombre de la empresa LIMPIEZA INSTITUCIONAL LASU		Actividad Económica CARRERA 74#51642		Dirección 9164681		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO ASEO Y CAFETERIA		Área del cargo		Fecha Ingreso 03 M 06 A 22		Fecha Retiro 30 M 09 A 22	
Sueldo Inicial \$1000.000		Sueldo Final \$1000.000					
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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		OBRA O LABOR			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro TERMINACIÓN DE CONTRATO							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre CARLOS JAVIER POLO AIVARES	Ocupación OFICIAL CONSTRUCCION	Dirección CALLE 70 #79-32	Teléfono 3106248467
2.	Nombre INGRID HOYO OTERO	Ocupación OPERARIO ASEO	Dirección CARRERA 77M #70005	Teléfono 316503547
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre JHAN CARLOS LUQUEZ MANGA	Ocupación AYUDANTE CONST	Dirección CARRERA 77L #70A56	Teléfono 3057489606
2.	Nombre YULIS VANESSA NAVARRO A	Ocupación OPERARIO ASEO	Dirección CARRERA 77L #70A56	Teléfono 3222568785

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



Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Licenia Navarro C.C. 1084743310</p>
--	--	---



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] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES: OTRAS::

CONTROL MEDICO EN EPS, SE SUGIERE USO DE MEDIAS ANTIVARICE

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

Dra. Juliana Cortes Acosta
C.C. 1053335217 - Especialista SST
Licencia 1389 - 25/05/2017

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

LICENIA MERCEDES NAVARRO
ARRIETA
CC: 1084743310
Firma del paciente

Sedes Nacionales

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

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

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 Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
 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

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Núñez García	Yuli Leidy
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
26 12 1986	Bogotá D.C.
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Cll 66 A Sur #42-02	Bogotá
Teléfono	No. Celular
	3502287737
Correo electrónico	Nacionalidad
leidy1986garcia@hotmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
Ofertante Aseo y Cafetería	
	Años de experiencia laboral
	12 años
DOCUMENTACION	
Cédula de ciudadanía: X N° 1.012.337.832	(**) Libreta militar N°
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá D.C.	Distrito N°
Tarjeta profesional N°	Licencia de conducción N°
¿Tiene vehículo?	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

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?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Servilimpieza	Independiente <input type="checkbox"/>	obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	¿Conoce a alguien de esta empresa?	Nombre
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Dependencia	Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
			adolfo okaya
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono
		1'400.000 \$	3114663861
¿Por qué conceptos?	Servicios, transporte, mercado, estudio.		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> ¿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)?			

99926635

7170212100781

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
GASH Clean	Servicio al cliente	Calle 86 # 30-29	828 6140
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Sueldo Inicial
Operaria Aseo y Cafeteria	Alcaldía	09/02/2019	908/526
Funciones realizadas	Fecha Retiro	Sueldo Final	
Atención a Reuniones Aseo áreas de la		908/526	
Alcaldía	Cargo		
Nombre de su jefe inmediato			
Gladiis Palacios			
Logros obtenidos			
Experiencia en etiqueta y Protocolo			
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo:	Horario de trabajo:	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Horario de trabajo:	Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro			
Empalme con otra empresa			

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Lasu	Servicio al cliente	Calle 74 N 51 A 42	9164687
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Sueldo Inicial
Operaria de Aseo y Cafeteria	Alcaldía	20/04/2022	
Funciones realizadas	Fecha Retiro	Sueldo Final	
Atención de Reuniones			
Nombre de su jefe inmediato	Cargo		
Bedi Grzman	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"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra labor
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo:	Horario de trabajo:	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Horario de trabajo:	Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro			
Empalme			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Jhon Alexander Ramirez	Jefe Bodega	Crr 8 # 40-65
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Dina Cuestas Sanchez	Secretaria	Crr 8 # 40-65
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Hector Ruiz	AUX Bodega	Krr 87 B # 54-435
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Camilo Ruiz	Mensajero	Cll 87 H 71 A 26
Teléfono			
			3217780877
Teléfono			
			3167618514
Teléfono			
			3042772156
Teléfono			
			3184120319

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



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>[Firma]</i></p> <p>C.C. 1012337832</p>
--	---	--



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: 2024-03-12

Nombres y apellidos: YULI LEIDY NÚÑEZ 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] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1642 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

YULI LEIDY NÚÑEZ 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,

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



SIEMPRE
AL DIA!

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

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

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
--------------------	--	--------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante OROZCO MEDINA		Nombre(s) del aspirante MARTHA ROCIO.	
Lugar y fecha de nacimiento NEZA HUILA - 17 DE JULIO 1969			
Dirección domicilio / Barrio CRA 75 #60A SUR 64A ESTANCIA		Ciudad BOGOTÁ, D.C.	
Teléfono 3104080432.		No. Celular 3208313300.	
Correo electrónico marthgorozco002@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANA.	
Profesión, ocupación u oficio OPERARIA AUX DE SERVICIO.		Años de experiencia laboral 17 AÑOS.	
(*) Estado civil SOLTERA			



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 55'155.416.	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: NEZA (HUILA)	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	Licencia de conducción N°	Categoría
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		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"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Dependencia		Fecha		Dependencia	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?		¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>	
BOGOTÁ D.C.		NEZA, PEREIRA, BOGOTÁ		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador SEA ROSALBA Y DON MARCO		¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describa e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, Transporte y Gastos GEN.		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 890.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuál(es)?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.000.000 - 1.500.000	
¿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 que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

LOGRAR OBTENER INGRESOS, JUNTO A UN AMBIENTE LABORAL ESTABLES Y ASI LOGRAR TRABAJAR en EQUIPO PARA ASI LOGRAR UNA ESTABILIDAD PARA AMBAS PARTES.

1536919-6

7 702124 007813

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 UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Dirección		Teléfono(s)	
INGETECNO Y CONSTRUCCIONES		Km 7,5 COSTADO SUR		3104824312.	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
MARIA HELENA		JEFE TALENTO H.		D 2 M 11 A 2021	
Total tiempo servido		Sueldo final o actual		Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
\$		\$		Aseo y CAFETERIA.	
Funciones realizadas					
SERVICIO DE ASEO, MANEJO DE INVENTARIOS ASEO Y CAFETERIA.					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato:		¿Cuánto tiempo?		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo:		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)					
Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
SISTEMAS INMOBILIARIOS Y COS.		Cra 28 # 84-26.		601-6224609	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
ING. MARIA ECHARIN.		GERENTE		D 26 M 01 A 2015	
Total tiempo servido		Sueldo final		Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
6 AÑOS		\$ 908.600		AUX SERVICIOS GENERALES.	
Funciones realizadas					
SERVICIO DE ASEO, MANEJO DE INVENTARIOS ASEO Y CAFETERIA.					
ASISTENCIA A EVENTOS SOCIALES.					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato:		¿Cuánto tiempo?		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo:		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		VOLUNTARIO.			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)					
Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
JH MARTINEZ S.A.		Cr 13 A No. 96-36		601 2576622	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
EMPERATRIZ. RAMIREZ.		SUPERVISOR.		D 20 M 09 A 2010	
Total tiempo servido		Sueldo final		Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
2 AÑOS		\$ 566.000		AUX. SERVICIOS GENERALES	
Funciones realizadas					
SERVICIO DE ASEO A ZONAS COMUNES Y CENTROS COMERC.					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato:		¿Cuánto tiempo?		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo:		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro		TERMINO DEL 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Fondo de pensiones?	
¿Cuál?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	
Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>					

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARTHA ROCIO OROZCO MEDINA	Identificación:	55155416
Género	FEMENINO Edad: 54	Teléfono	na Móvil: 3208313300
Fecha Nacimiento:	17/07/1969	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CRA 75 60 A 64 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	COLFONDOS
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., DIETA ALTA EN PROTEÍNAS 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

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

Cordialmente,

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

Empleo o cargo al que aspira

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

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante

Nombre(s) del aspirante

Ortiz Diaz

Bellamira

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

D 27 M 05 A 76

Bolivar Santander del Sur

Dirección domicilio / Barrio

Ciudad

Calle 43 F 27 Flo Luis Carlos Galan II

Bogota

Teléfono

No. Celular

3222445257

Correo electrónico

Nacionalidad

OrtizDiazBellamira66mail.com

Colombia

Profesión, ocupación u oficio

(*) Estado civil

Años de experiencia laboral

Servicios Generales

Union Libre

15 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: ☒ X

N° 52422971

(**) Libreta militar N°

Primera clase: ☐

Extranjería: ☐

Expedida en: BOGOTA

Distrito N°

Segunda clase: ☐

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo?

Si ☐ No ☒ X

Licencia de conducción N°

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una persona responsable, dinamica y creativa, con facilidad de adaptacion y capacidad de trabajar en equipo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Si ☒ X No ☐

¿En qué empresa?

Servi Limpieza

Empleado ☐

Tipo de contrato

Independiente ☐

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Si ☐ No ☐

Nombre

Dependencia

¿Trabajó antes en esta empresa?

Si ☐ No ☐

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Si ☐ No ☐

D M A

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Si ☐ No ☐

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☐

Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

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

Si ☐ No ☐

Vive en casa: ¿Familiar? ☐

Nombre del arrendador

¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 600.000

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Si ☐ No ☐

¿Cuanto es su aspiración salarial?

\$

¿Por qué conceptos?

Servicios, alimentación, transportes

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?

Si ☐ No ☐

¿Cuál es su principal afición?

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

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

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Cra 28B N 77-72		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? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminacion de Contrato.					

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Juan de la Cruz Gomez	Ocupación Independiente	Dirección Cra 62 N 22-19 Teléfono 3144003007
2.	Nombre Dairo Guzman	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección Cra 95 N 56-57 Teléfono 3205770266
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Yeni Carolina Gomez Ortiz	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección calle 43 E 27 10E Teléfono 320261435
2.	Nombre Cristobal Gomez Sandoval	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección calle 43 E 27 10E Teléfono 3105683011

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

con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante Bellamira Ortiz Diaz C. 52422971
---	--	---

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 presente la valoración.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1622 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Bellamira Ortiz

BELLAMIRA ORTIZ 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 Serviaseamos.

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 "f c i.", likely representing Fredy Ceballos Montana.

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

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

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

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 Ortiz Panesso		Nombre(s) del aspirante Laura Yuranis	
Fecha de nacimiento 21 06 1995		Lugar de nacimiento Quibdó Chocó	
Dirección domicilio / Barrio Calle 81 sur 6 A Este 22		Ciudad 130904	
Teléfono 3132846071		Nº. Celular 39967115779	
Correo electrónico PanessolauraYuranis@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios		Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 5 Años	



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1133671125	(**) 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
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

II. PERFIL LABORAL

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

me considera una persona honesta, Responsable a la hora de cumplir con mis labores me gusta Trabajar en equipo y me gustaria que medieran la oportunidad para Trabajas con ustedes y cumplir mis meta

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D M A	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	¿Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Carlos Beltran	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3132725367	7 Año
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
		\$ 950	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	¿Cuánto es su aspiración salarial?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$ Salario mínimo	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19213010

7 702122 007813

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica CR 765 #77-12	Dirección 323514796	Teléfono(s)
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 \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Nombre de su jefe inmediato Marcela - Sandrini	Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Experiencia	Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/> Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Motivo del retiro terminacion de contrato		

Nombre de la empresa outsourcing soasintida	Actividad Económica CR 21 A #35-94	Dirección 302127960	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 22/01/20	Fecha Retiro 30/01/21
Funciones realizadas Servicios Generales		Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Nombre de su jefe inmediato Nelson Vera Araque	Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Experiencia	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/> Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Motivo del retiro terminacion de contrato		

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 John Stivar	Ocupación barbero	Dirección Bogotá	Teléfono 31351131129
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente.			
1. Nombre Betty Ortiz Paredes	Ocupación Policia	Dirección Amazona	Teléfono 3208121711
2. Nombre Sandra Ortiz Pa	Ocupación maestra	Dirección Quibdó Choco	Teléfono 3136695330

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 Ortiz
C.C. 1133671115

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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 Edad: 28	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,

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

minerva
10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante ORTIZ ORTEGA		Nombre(s) del aspirante TUISAY KATERINE	
Fecha de nacimiento 06/01/2005		Lugar de nacimiento BOGOTÁ	
Dirección domicilio / Barrio KX 136 # 26 SUR - 42		Ciudad SOACHA	
Teléfono		Nº. Celular 3018159096	
Correo electrónico		Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil SOLTERA	
		Años de experiencia laboral	
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1021395108		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ		Distrito No. _____	
Tarjeta profesional No. _____		Licencia de conducción No. _____	
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		Primera clase: <input type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/> Categoría _____	



II. PERFIL LABORAL

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

ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DINÁMICA Y RESPONSABLE, CUMPO CON MIS LABORES CON UNA ALTA CAPACIDAD DE ENTENDER Y APRENDER RÁPIDO, ACADÉMICAMENTE CON EL OBJETIVO DE SEGUIR AVANZANDO Y AUMENTANDO MIS CONOCIMIENTOS PARA DAR UN MEJOR RENDIMIENTO

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		SERVIMUPERA		Independiente <input type="checkbox"/> OBRERA 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 type="checkbox"/>		D M A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describe e indique su valor mensual		Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
¿Por qué conceptos?		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuál es su principal afición?		¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	
				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
				\$ 1.700.000	
				¿Cuánto es su aspiración salarial?	
				\$	

141117237

2182004212072

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					

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 MARCEL ORTEGA CACERES	Ocupación	Dirección Teléfono 34434515
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre AUGELIA LOZANO	Ocupación ENFERMERA	Dirección Teléfono 32489025
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

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



Marque con una X

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

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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	TIVISAY KATHERINE ORTIZ ORTEGA	Identificación:	1021395108
Género:	FEMENINO Edad: 19	Teléfono:	NA Móvil: 3018159096
Fecha Nacimiento:	6/01/2005	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	KR 13 L 26 42 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	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 SALUDABLES EVITANDO EL SEDENTARISMO Y PROMOVRIENDO 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 "f c m".

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

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

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

minerva®
10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

026 M 02 A 2024

Empleo o cargo al que aspira

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

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante Pestano Hurtado		Nombre(s) del aspirante MARELYS	
Fecha de Nacimiento D 17 M 01 A 1983	Lugar de Nacimiento tierra Alta		
Dirección domicilio / Barrio Carrera 11C ESTE 74 A 67 SUR		Ciudad Bogota	
Teléfono 3142825731		No. Celular 3102072431	
Correo electrónico marelyspetana@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio auxiliar de servicios generales		Años de experiencia laboral 16 AÑOS	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 26220337		(**) Estado civil Unión libre	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		(**) Libreta militar N°	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Primera clase: <input type="checkbox"/> Segunda clase: <input type="checkbox"/> Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

persona Altamente calificada para llevar a cabo las funciones relacionadas al cargo, Buen manejo de grupo, trabajo en equipo y comunicación fluida:

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servi Limpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? empalm
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿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? \$ 9.000.000	¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Por qué conceptos?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Cuál es su principal afición?	Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?		

906539615

00172120412

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección K 28 B N 77 12		Teléfono(s) 484 9120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios g	Área del cargo	Fecha Ingreso D 2 M 10 A 2012	Fecha Retiro D 23 M 3 A 2013	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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo	Tiempo completo <input 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 Grupo Eulen	Actividad Económica	Dirección Carrera 14 N 106 OF		Teléfono(s) 637 0577	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de servicios	Área del cargo	Fecha Ingreso D 19 M 04 A 2012	Fecha Retiro D 12 M 12 A 2013	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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo	Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Ciri Romero	Ocupación Empleada	Dirección Kr 61 N 756 14	Teléfono 3112396200
2.	Nombre Yelis Hurtado	Ocupación maquina plana	Dirección calle 36 sur n13-10	Teléfono 3222565309
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Anderson florez	Ocupación instalador de dmivall	Dirección calle 32 BN 17 sur	Teléfono 3122497416
2.	Nombre Carmen Hurtado	Ocupación AMA de casa	Dirección La costa	Teléfono 3216900767

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 26228331
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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

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

NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Identificación: 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
04/08/87	Bogotá
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
	Bogotá
Teléfono	No. Celular
	314-213-40-33
Correo electrónico	Nacionalidad
	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil
Operaria	Separada



Años de experiencia laboral

6 años

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

Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No. 1.022.940.252	(**) 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

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

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Servigimproza	Independiente <input type="checkbox"/> Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Describalo e indique su valor mensual	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teléfono
¿Por qué conceptos?	¿Practica algún deporte?	¿Hace cuanto tiempo reside en?
Airfondo, Servicios, Alimentos, etc.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es su principal afición?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
	\$ 4'300.000	
	¿Cuánto es su aspiración salarial?	
	\$	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?		

93938525

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

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 Luis Albarracín	Ocupación Empleado	Dirección 312-3-77 85-04
2.	Nombre Ligia María Rico	Ocupación Empleada	Dirección 315-6-57-89-80
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

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



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 Maria Soria Peralta C.C. 1022940252
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA SANDRA PERALTA GUTIERREZ	Identificación:	1022940252
Género	FEMENINO Edad: 36	Teléfono	0 Móvil: 3142134033
Fecha Nacimiento:	4/08/1987	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 3 N 139 SUR 93	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
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
MARIA SANDRA PERALTA GUTIERREZ	C.C.	1,022,940,252	18/03/2024

Cordialmente,

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 o en computador.

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
----------------	--	--------------

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			
Dirección domicilio / Barrio Diaq. G2 D No 19B - 11 Sur La Acacia		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 312 5 879804.	
Correo electrónico dapuco@hotmail.com		Nacionalidad Colombiana.	
Profesión, ocupación u oficio Operaria		(*) Estado civil Separada	Años de experiencia laboral 19 años.



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52'038.209.	(**) 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. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato Obra labor.
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D 11 M 09 A 2018
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia
¿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 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 Ursula Comedor Silva	Teléfono 323 732 2552.
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 35 años.
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'300.000 =	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Mínimo Legal Vigente
¿Cuál es su principal afición? Escuchar música.	¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? trotar
¿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 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 <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>		Fecha de retiro D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$ Mínimo legal	Sueldo final o actual \$ Mínimo 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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra labor	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación de contrato.					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa LASU SAS		Dirección Kra. 74 No. 54A - 42		Teléfono(s) 317 404 8863	
Nombre de su jefe inmediato Maina Sánchez		Cargo Supervisora	Fecha de ingreso D 24 M 04 A 2021		Fecha de retiro D 10 M 01 A 2022
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$ Mínimo legal	Sueldo final o actual \$ Mínimo legal		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gestor de aseo y cafetería	
Funciones realizadas Servicios de cafetería, procesos de limpieza y desinfección.					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra labor	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación de Contrato.					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Easy Clean SAS		Dirección Diagonal 74 B No. 20B - 74		Teléfono(s) 713 2060	
Nombre de su jefe inmediato Veronica Castillo		Cargo Supervisora	Fecha de ingreso D 10 M 02 A 2020		Fecha de retiro D 10 M 04 A 2021
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 las áreas, todas aquellas relacionadas al cargo.					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra labor	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro 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
Fecha de nacimiento: 11/08/1968
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52038209
Edad: 55 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 12:43:50
Fecha salida: 2024-03-12 / 12:56:38



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

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

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

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,

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Panche Serna		Nombre(s) del aspirante Adriana Maria	
Fecha de nacimiento 10 05 1982		Lugar de nacimiento Viota Cundinamarca.	
Dirección domicilio / Barrio Calle 80 bis 94-75 sor Bopa Sanberrardino		Ciudad Bogota	
Teléfono 9208046		Nº. Celular 3102373775	
Correo electrónico adriana.panche1982@hotmail.com		Nacionalidad Colombia	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales.		Años de experiencia laboral 8 años	
(*) Estado civil Union libre.			
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No.		(**) Libreta militar No.	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito No.	
Tarjeta profesional No.		Licencia de conducción No.	
¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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. Carismática. Alegre. amigable. trabajadora. Complidora con mis obligaciones. responsable. me gusta trabajar en equipo. y tener estabilidad laboral.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Serv Limpieza.		Empleado <input checked="" 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"/>		¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre Luis Carlos Balsa		Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Por qué conceptos? Comida. transporte. servicios.		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años	
¿Cuál es su principal afición? mirar televisión.		¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 500.000	
				¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.160.000	

18103783

8200.721202

Nombre de la empresa Centro Asco.	Actividad Económica Cra 28b # 77-12.	Dirección 86068433.		Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 03/10/2012	Fecha Retiro 23/03/2013	Sueldo Inicial \$ 1.000.000
Suelto 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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra 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 laso.	Actividad Económica Cra 74 # 51-42	Dirección 9164681.		Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Asco y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 10/01/2012	Fecha Retiro 01/10/2012	Sueldo Inicial \$ 1.000.000
Suelto Final \$ 1.000.000				
Funciones realizadas Asco y Cafeteria y oficina.				
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		
Logros obtenidos Experiencia laboral y estabilidad.				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra 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 Voluntario.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Sandra Vargas.	Ocupación Empleada	Dirección Calle 85 sur. 25.	Teléfono 3113866455
2.	Nombre Laura Basso.	Ocupación Empleada.	Dirección Calle 80 bis 94-75 sur.	Teléfono 302.3470808.
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Rabindan David Ramirez.	Ocupación Independiente.	Dirección	Teléfono 3107818408.
2.	Nombre Luis Carlos Basso.	Ocupación Vigilante.	Dirección	Teléfono 3045931444.

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 Pariche Jarama. 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
Fecha de nacimiento: 10/05/1982
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 21119479
Edad: 41 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:10:19
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:04:02



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.

Dra. Katherin Cortes Acosta
Médico - Laborista
C.C. 1053335217 - Especialista SST
UCC 003 1380 - 22/09/2017

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

Adriana Panche Serna

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 'fca1'.

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha
15 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
Palmed Huerta.

Fecha de nacimiento
28 M 04 A 2000

Lugar de nacimiento
Magonave Bolivar

Dirección domicilio / Barrio
Carrera 87Fbis #40-89 Sur

Ciudad
Bogota

Teléfono
3016223086

No. Celular
3016223086

Correo electrónico
Juan davidel Gisto @Gmail.Com

Nacionalidad
Colombiana

Profesión, ocupación u oficio
Aseo General, oficios varios

(*) Estado civil
Soltera

Años de experiencia laboral



Cédula de ciudadanía: ☒ No. 7052957561

Extranjería: ☐ Expedida en: Bogota

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?
Si ☐ No ☒

(**) Libreta militar No.

Distrito 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 luchadora, trabajadora con conocimiento en Aseo General, desinfección utilizando las herramientas necesarias para un buen trabajo.
con ganas de salir adelante y generar mayor conocimientos

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?
Si ☒ No ☐

¿En qué empresa?
Servilimpieza

Empleado ☒ Tipo de contrato
Independiente ☐ obra y labor

¿Trabaja antes en esta empresa?
Si ☐ No ☒

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?
Si ☐ No ☒

Fecha

¿Conoce a alguien de esta empresa?
Si ☐ No ☒

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?
Si ☐ No ☒

Nombre

Dependencia

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

Vive en casa: ☒ Familiar? ☐

Nombre del arrendador

¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☒

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?
Si ☐ No ☒

Describe e indique su valor mensual

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

Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Teléfono

¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
\$5LMNV

¿Cuánto es su aspiración salarial?
\$5LMNV

¿Por qué conceptos?

¿Cuál es su principal afición?
Hacer las cosas bien

¿Practica algún deporte?
Si ☐ No ☒

¿Cuál(es)?

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

¿Cuál(es)?

93938525

7 702124 007813

Nombre de la empresa casu S.A.S	Actividad Económica	Dirección Carrera 74 N° 52a-42		Teléfono(s) 3774048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficios varios	Área del cargo Aseo	Fecha Ingreso D 13 M 05 A 22	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 51MNV	Sueldo Final \$ 56MNV
Funciones realizadas desinfección, de ca Par, Brillar, lavar,					
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro					

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Angela Carolenas Sierra	Ocupación Oficios varios	Dirección
			Teléfono 3213794807
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Juan david mono2	Ocupación conductor	Dirección patio bonito
			Teléfono 3046551300
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono

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



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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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

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
MARIA FERNANDA PALMED HUERTA	C.C.	1,052,957,561	18/03/2024

Cordialmente,

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

minerva
10-03

www.formasminerva.com



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

Empleo o cargo al que aspira

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido(s) del aspirante

Peña Cuellar

Nombre(s) del aspirante

Jairo Alexis

Fecha de nacimiento

31/03/72

Lugar de nacimiento

Chigüingüira Boy.

Ciudad

Bogotá

Dirección domicilio / Barrio

cl. 69 # 78 H 77 Bolas. Pda

Nº. Celular

320 848 29 14

Correo electrónico

jairoalexispenacuellar@gmail.com

Nacionalidad

Colombiano

Años de experiencia laboral

20 años

Profesión, ocupación u oficio

Alturas, Ornamentador, Conductor

(*) Estado civil

Unión libre

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

Cédula de ciudadanía: ☒ No

79.597.465

Extranjería: ☒

Expedida en: Bogotá

(**) Libreta militar No.

79.597.465

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 en prendedora inteligente con una gran experiencia de trabajar en equipo y con disposición de aprender nuevas cosas me gusta mantener buenas relaciones interpersonales me considero una persona Honesta, responsable, Creativa.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí ☐ No ☐

¿En qué empresa?

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí ☐ No ☐

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí ☐ No ☐

Fecha

D M A

Empleado ☐
Independiente ☐

Tipo de contrato

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Sí ☐ No ☐

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí ☐ No ☒

Nombre

Dependencia

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

Sí ☐ No ☐

Vive en casa: ☐ Familiar? ☐

☐ Propia? ☐ Alquilada? ☒

Nombre del arrendador

Domingo Valerio

Describalo e indique su valor mensual

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí ☐ No ☒

¿Por qué conceptos?

¿Cuál es su principal afición?

Trabajar

¿Practica algún deporte? ☒ No ☐

¿Cuál(es)?

ciclismo

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

Sí ☐ No ☐

¿Cuál(es)?

Se penalizarán penalmente las falsificaciones



19706000

7 702124 0078

Nombre de la empresa Centro Aseo Montaninival		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oparario ALTUM		Área del cargo		Fecha Ingreso 22/08/17	Fecha Retiro 30/08/2019	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Levar extacciones de Trasmilenio, Violario, Fachudes, estructura, etc							
Nombre de su jefe inmediato Gamillo Bajareno				Cargo Coordinador ALTUM			
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 checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>							
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro Terminación de contrato							

Nombre de la empresa		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 Yolanda Martinez	Ocupación Administración Empresa	Dirección 313 371 11 62
2.	Nombre Jairo Alberto Niño	Ocupación	Dirección 300 311 6649
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Yolanda Martinez	Ocupación	Dirección 313 371 11 62
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

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



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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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 - BOGOTÁ 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

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Dra. Natalia Beltrán
Médico Especialista en Salud Laboral
R.M. 17024 28



Firma y cédula del Paciente
JAIRO ALEIXIS PEÑA CUELLAR
79597465



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



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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

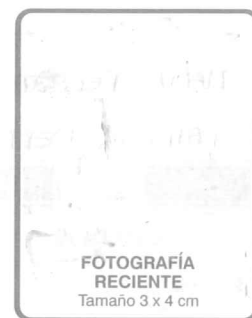
Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	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 PERALTA GUTIERREZ		Nombre(s) del aspirante OSCAR HUMBERTO	
Fecha de nacimiento 27 / 04 / 1993		Lugar de nacimiento BOGOTÁ D.C.	
Dirección domicilio / Barrio VDA CLARTE Km13.-FCA LA ARGENTINA		Ciudad BOGOTÁ D.C.	
Teléfono		N°. 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.		Primera 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



II. PERFIL LABORAL

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

SOY UNA PERSONA CUMPLICADA 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 EMPLEO. NO HE TENIDO QUEJAS DE MI 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?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	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"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 950.000	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos? ALIMENTACIÓN, SERVICIOS, VESTUARIOS, TRANSPORTE	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ EL MÍNIMO.	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Cuál es su principal afición? CAMINAR	¿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	Dirección VDA OLARTE	Teléfono(s) 3194230212	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted MANTENIMIENTO DE CULTIVO	Área del cargo	Fecha Ingreso 017 M 04 A 13	Fecha Retiro 022 M 11 2018	Sueldo Inicial \$ ASIGNADO
Sueldo Final \$ ASIGNADO				
Funciones realizadas SEMBRAR, ABONAR, ESCOGER SEMILLA, FUMIGAR, HACER MANTENIMIENTO Y SOSTENIMIENTO DE LOS DIFERENTES CULTIVOS				
Nombre de su jefe inmediato OSCAR CASTIBLANCO		Cargo AGRONOMO		
Logros obtenidos AGRICULTOR AGROECOSISTEMICO				
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 FLORALBA GOMEZ GUTIERREZ	Ocupación COMERCIANTE	Dirección VDA OLARTE	Teléfono 3197312823
2.	Nombre LUZ MARINA ESTIWA	Ocupación INDEPENDIENTE	Dirección USME PUEBLO	Teléfono 3132672776
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre MARIA HILDA PERALTA	Ocupación OPERARIA DE BARRIDO	Dirección VDA CHIGUARA	Teléfono 3155564116
2.	Nombre PATRICIA PERALTA	Ocupación OPERARIA DE ASEG	Dirección VDA OLARTE	Teléfono 3124560983

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante OSCAR PERALTA C.C. 1022985784
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1022985784-680345

SEDE SOLEDAD



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTÁ 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 Paéz S.
Especialista en Salud Laboral y Salud en el Trabajo
C.C 1032428065
E. U. A. A.

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



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,

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. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Portela Gonzales		Nombre(s) del aspirante Diana milena	
Fecha de nacimiento 26 11 1980		Lugar de nacimiento SAN LUZ Tolima	
Dirección domicilio / Barrio ERA 144 A # 139-48 suba		Ciudad BOGOTA DC.	
Teléfono 3026114588		N°. Celular 3213082960	
Correo electrónico dportela077@gmail.com		Nacionalidad colombia	
Profesión, ocupación u oficio operaria de servicios PER.		Años de experiencia laboral 6 años	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52800585		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: 06 01 1999		Distrito No. _____	
Tarjeta profesional No. _____		Licencia de conducción No. _____	
¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría _____	



II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	¿Hace cuánto tiempo reside en este l 04 años
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador clara mrs JUNCO	Teléfono 313 3536114
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 10 ASIGNADO
¿Por qué conceptos? comiendo, ALIMENTOS, ESTUDIOS, TRANSPORTE, SER. PUBLICOS			
¿Cuál es su principal afición? montar en Bicicleta		¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? ciclismo	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

17547674

7



Nombre de la empresa Laso	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 20/09/21	Fecha Retiro 29/09/22	Sueldo Inicial \$1.000.000
Suelto Final \$1.000.000				
Funciones realizadas DESINFECCION Y limpieza profunda del area 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?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro TERMINO de CONTRATO				

Nombre de la empresa CENTRO ASEO	Actividad Económica	Dirección CRA 28 BN° 77. 12	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPE. OFICIOS VARIOS	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 20/03/23	Sueldo Inicial \$1.000.000
Suelto Final \$1.200.000				
Funciones realizadas DESINFECCION Y limpieza profunda del area de oficinas y Baños				
Nombre de su jefe inmediato JAIIME CESAR ORTIZA		Cargo SUPERVISOR		
Logros obtenidos				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro TERMINO de CONTRATO				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre DAVID SEBASTIAN MELO	Ocupación Empleado	Dirección 321 240 0366
2.	Nombre CLARA INES SANCHEZ	Ocupación Empleado	Dirección 313 353 6114
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre LAURA DANIELA RUIZ	Ocupación Empleado	Dirección 312 340 1833
2.	Nombre CARLOS FELIPE PORTELA	Ocupación ESTUDIANTE	Dirección 324 232 8664

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

Carla Portela
C.C. 52800595



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 presente 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

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 'f c m'.

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

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: ____/____/____ Empleado o cargo al que aspira: ____

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

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante: Polido Gonzalez Nombre(s) del aspirante: Bertulio

Fecha de nacimiento: 03/01/1976 Lugar de nacimiento: Choachi - Cordoba

Dirección domicilio / Barrio: Cl 88 Jbis Sur # 87 Este - 04 Ciudad: Bogotá D.C.

Teléfono: 312 4113303 No. Celular: ____

Correo electrónico: bertulipolido68@gmail.com Nacionalidad: Colombiano

Profesión, ocupación u oficio: Todero - Mantenimiento Años de experiencia laboral: 12 años

(*) Estado civil: Unión Libre



DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: ☒ N° 80.391.453 Primera clase: ☒ Segunda clase: ☐

Extranjería: ☐ Expedida en: ____ Licencia de conducción N° ____

Tarjeta profesional N° ____

¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☒

II. PERFIL LABORAL

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

Realizar labores calificadas de mantenimiento y arreglos

loactivos que puedan responder a las necesidades

de la Entidad.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☒ No ☐ ¿En qué empresa? Servilimpieza S.A. Empleado ☒ Independiente ☐ Tipo de contrato: Labor contratada

¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ Fecha: 03/04/2023

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒ Dependencia: ____

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☒ ¿Propia? ☒ ¿Alquilada? ☐ ¿Cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒ Describalo e indique su valor mensual: ____

¿Por qué conceptos? ____

¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)? ____

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000=

¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ Asignada

¿Cuál es su principal afición? ____

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)? ____

99926635



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		Edades 54 - 16		Teléfono(s)	
No. de personas que dependen económicamente de usted 2		Parentesco Esposa - hijo		Profesión, ocupación u oficio	
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
Primaria	1990	5	Primaria	Escuela Santa Rita	Choachi
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
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
Sí <input type="checkbox"/> No <input 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%)					
Sistemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	R B MB	R B MB	Habla 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 Servilimpieza S.A.	Actividad Económica limpieza	Dirección Cl 86D # 30-21	Teléfono(s) 6016286140
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento	Área del cargo	Fecha Ingreso 03/04/23	Fecha Retiro 03/04/23
Funciones realizadas las asignadas por el jefe inmediato	Sueldo Inicial \$1160.000	Sueldo Final \$1300.000	
Nombre de su jefe inmediato Yaneth Folg	Cargo Supervisora		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
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			

Nombre de la empresa Secretaría General - Alcaldía Mayor	Actividad Económica Sector Público	Dirección Cra 8 # 10-65		Teléfono(s) 601 3313000	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales	Área del cargo S.S.A	Fecha Ingreso 13/09/22	Fecha Retiro 03/04/23	Sueldo Inicial \$1700.000	Sueldo Final \$1700.000
Funciones realizadas las asignadas por el jefe inmediato					
Nombre de su jefe inmediato Maria Yennifer Prada				Cargo Subdirectora	
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación de Vinculación					

Nombre de la empresa Limpieza Institucional laso S.A.S	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 20/04/21	Fecha Retiro 13/09/22	Sueldo Inicial \$1000.000	Sueldo Final \$1000.000
Funciones realizadas las asignadas por el jefe inmediato.					
Nombre de su jefe inmediato Fredy Guzmán				Cargo Supervisor	
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input 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 # 62-65	Teléfono 3043515309	
2.	Nombre Mireya Vargas	Ocupación Aux. Administrativa	Dirección Cl 6 Bis A # 90A-30	Teléfono 3125819470	
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente					
1.	Nombre Genoveva Castro	Ocupación Ama de Casa	Dirección Cl 83 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 § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Bertalio Pulido 6 C.C. 80391453
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: VALORACIÓN POR NUTRICION Y MEDICO 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. Galvez Cuitiva

Dra. Andrea Galvez Cuitiva
 Médico Especialista Salud Ocupacional
 Upereda, 12750
 C.C. 1008260179



Bertulio Pulido



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

Firma y cédula del Paciente
 BERTULIO PULIDO GONZALEZ
 80391453



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 "f c m".

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D M A Empleo o cargo al que aspira: (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante: Puentes Nombre(s) del aspirante: Rosa

Fecha de Nacimiento: 06/09/1968 Lugar de Nacimiento: Zulia N.S. cucuta

Dirección domicilio / Barrio: Kra 18-N. Bis 63-19-SUR Ciudad: Bogotá

Teléfono: 3188396819 No. Celular: 3188396819

Correo electrónico: rosapuentes901@gmail.com Nacionalidad: colombiana

Profesión, ocupación u oficio: Auxiliar de servicios generales (*) Estado civil: soltera Años de experiencia laboral: 23 años

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

Cédula de ciudadanía: X N° 37342644

Extranjería: Expedita en: (**) Libreta militar N°

Tarjeta profesional N°

Distrito N°

Licencia de conducción N°

Categoría

¿Tiene vehículo? Si No X



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona honesta trabajadora responsable con todas las tareas asignadas. y quiero seguir capacitandome para prestar un excelente servicio

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si X No

¿En qué empresa? Servitimpieza Fecha

Empleo: Independiente Tipo de contrato: obra Zavor

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si No Dependencia

¿Trabajó antes en esta empresa? Si No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No Dependencia

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

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

Nombre del arrendador: Tobias Puentes

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

Por medio de agencia Otro X ¿Cuál?

¿Hace cuánto tiempo reside en este? 25 años

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 980.00

¿Cuánto es su aspiración salarial? El mínimo

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No

¿Por qué conceptos? arriendo comida transporte etc

¿Cuál es su principal afición? caminar

¿Practica algún deporte? Si X No

¿Cuál(es)?

¿Hace cuánto tiempo reside en este?

913339525

Nombre de la empresa Centro aseo.	Actividad Económica	Dirección Kra 28 # 77-12	Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Cafeteria, Limpieza dual	Área del cargo	Fecha Ingreso 01/10/22	Sueldo Inicial \$ 1.160.00
Funciones realizadas pachadas oficinas tapetes		Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Final \$ 1.160.00
Nombre de su jefe inmediato Adriana Losano	Cargo Supervisora		
Logros obtenidos	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?		
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Fijo <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro cancelación de contrato			

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted auxiliar de servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 23/03/23	Sueldo Inicial \$ 1.207.00
Funciones realizadas cafeteria limpieza y superv de oficinas entre otros.		Fecha Retiro	Sueldo Final \$ 1.207.00
Nombre de su jefe inmediato Janeth Pardo Yeison	Cargo		
Logros obtenidos	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?		
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Fijo <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro terminación de contrato, Yeison			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Relación
	Mireya Vargas	Auxiliar de servicios generales	cl. 6 bis # 90A903025819470
2.	Nombre	Ocupación	Relación
	Auxiliar de servicios generales	cl. 56 # 27-173118779337	32094240
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Relación
	M. Alejandra Pulido	Auxiliar de servicios generales	32094240
2.	Nombre	Ocupación	Relación

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Rosa Puente
C.C. 37342544

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 37342544-680072 SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ROSA PUENTES	Identificación:	37342544
Género	FEMENINO Edad: 55	Teléfono	NA Móvil: 3188396819
Fecha Nacimiento:	6/09/1968	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	KR 18 N BIS 63 19	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	COLPENSIONES
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

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

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
ROSA PUENTES	C.C.	37,342,544	18/03/2024

Cordialmente,

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha

Empleo o cargo al que aspira

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido(s) del aspirante: **Quintero**
Nombre(s) del aspirante: **Venny Katherine**
Fecha de nacimiento: **24/12/1994**
Lugar de nacimiento: **Soacha Cundinamarca**
Dirección domicilio / Barrio: **Cuiza #2-10 este Girardot**
Ciudad: **Bogotá**
Teléfono: **5732047**
Nº. Celular: **3138720037**
Correo electrónico: **Valery_Santana03@gmail.com**
Nacionalidad: **Colombia**
Profesión, ocupación u oficio: **trabajadora**
(*) Estado civil: **Union libre**
Años de experiencia laboral: **3 Años**
(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995



DOCUMENTACIÓN

Cédula de ciudadanía: ☒ No. **7090219099**
Extranjería: ☐ Expedida en:
Tarjeta profesional No.
¿Tiene vehículo?
Sí ☐ No ☒

(**) Libreta militar No.
Distrito No.
Licencia de conducción No.
Categoría

Primera clase: ☐
Segunda clase: ☐

II. PERFIL LABORAL

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

Pagar deudas Pendientes tener mejor estabilidad la base y económica para un mejor futuro

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? ☒ No ☒ **Servilm Pieza**
¿En qué empresa?
Empleado ☒ Tipo de contrato
Independiente ☐
¿Trabajó antes en esta empresa? ☐ No ☒
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? ☐ Sí ☒
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? ☐ Sí ☒ No ☒
Nombre
Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? ☐ Sí ☒ No ☒
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? ☐ Sí ☒ No ☒
¿Por qué conceptos?
¿Cuál es su principal afición?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
¿Conoce a alguien de esta empresa? ☐ Sí ☒ No ☒
Nombre
Dependencia
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? ☐ Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☒ Otro ☐ ¿Cuál? **Enfaim**
Teléfono
¿Hace cuánto tiempo reside en
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas me
\$ 7.500.000
¿Cuánto es su aspiración salarial?
\$ 1.500.000
¿Practica algún deporte? ☐ Sí ☒ No ☒
¿Cuál(es)?

16840511

7 702124 01

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica Camera 28 B N. 74 - 12	Dirección 4849720	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso 27 01 2023	Fecha Retiro 23 03 2023
Funciones realizadas Aseo y Cafetería		Sueldo Inicial 7.760.000	Sueldo Final 7.760.000
Nombre de su jefe inmediato Sandrin	Cargo Jefe		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Obra labor		
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro terminacion del contrato			

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica CIE 861 #30 - 29	Dirección 6286740	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso 18 05 2021	Fecha Retiro 01 01 2023
Funciones realizadas Aseo y Cafetería		Sueldo Inicial 7.760.000	Sueldo Final 7.760.000
Nombre de su jefe inmediato Paola benabides	Cargo Jefe		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Obra labor		
Fijo <input type="checkbox"/>	Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro terminacion del contrato			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Yeni Mariza Alvarez	Ocupación empleada	Dirección 3124526294
2.	Nombre Marta Rubielia Gomez	Ocupación en Piecda	Dirección 3112587004
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Luz Estrella Quintero	Ocupación ama de casa	Dirección 3125941441
2.	Nombre Didimo Gerardo Salamea	Ocupación trabajador	Dirección 3162357039

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.occidente1@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
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS
[KOH] +

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ANUAL, USO DE CORRECCION OPTICA 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 CUELLO
ALVAREZ
MIEMBRO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1052 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

Katherine 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 "f c i.", likely representing Fredy Ceballos Montaña.

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D. <u>20</u> M. <u>10</u> A. <u>2011</u>	Empleo o cargo al que aspira <u>Asesor de Planeación</u>
---	---

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. <u>02</u> M. <u>10</u> A. <u>1982</u>	Lugar de nacimiento PASTO NAÑO		
Dirección domicilio / Barrio calle 69A70-85 PL 3 PISO		Ciudad Bogotá DC	
Teléfono 3206205779	N°. Celular 3212361834		
Correo electrónico diegoruizquelal3426@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
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: <input checked="" type="checkbox"/> No. 12753966 PASTO	(**) Libreta militar No. 12753966	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: 16 FEB 2001	Distrito No. 62 VILLAGORZON	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No.
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D. <u> </u> M. <u> </u> A. <u> </u>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre <u> </u>	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 Gloria Silva	Teléfono 310 7608485
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual 1'000.000	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 04 MESES	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000
¿Por qué conceptos? arriendo, mercado, ser, públicos, educación, vestier	¿Cuál es su principal afición? Dibujar y montar en Bicicleta	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? ciclismo
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿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 10/10/22	Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Inicial \$1.000.000
Suelo Final \$1.200.000				
Funciones realizadas limpieza profunda, de uredeos, 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? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? por obra o labor contratada				
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 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 01/09/2018	Fecha Retiro 11/05/23	Sueldo Inicial \$1.000.000
Suelo Final \$1.500.000				
Funciones realizadas lavado de Fachadas, limpieza de uredeos limpieza fina en la Embajada AMERICANA				
Nombre de su jefe inmediato GILBERTO QUINTERO		Cargo SUPERVISOR DE ALTURAS		
Logros obtenidos EXPERIENCIA Y AGRADESIMIENTO a mi gran familia				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? por obra o labor contratada				
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 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 69A70-95	Teléfono 3053044066
2.	Nombre Tania Camargo	Ocupación TESORERA EXITO	Dirección calle 69A70-95	Teléfono 3222520927
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Daniel Lopez	Ocupación Ingeniero de sistemas	Dirección calle 69A70-95	Teléfono 3202063524
2.	Nombre Alejandra Castillo	Ocupación INDEPENDIENTE	Dirección calle 69A70-95	Teléfono 3206295779

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante C.C. 12753966 de PASTO
---	---	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994EVALUACIÓN 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

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 Paz S.
Especialista en medicina y salud en el trabajo
C.C 1032428063
F.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

Identificación: 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

HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 09/03/1976 Empleo o cargo al que aspira: 2011

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

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante: RODRIGUEZ
Nombre(s) del aspirante: LUZ AURORA
Fecha de nacimiento: 30/03/1976
Lugar de nacimiento: FUENTE CONDOMINARIA
Dirección domicilio / Barrio: Calle 17 No 19B 23
Ciudad: SORCHA
Teléfono: 3108540919
No. Celular: 3108540919
Correo electrónico: lozrodriguez3630@gmail.com
Nacionalidad: colombia
Profesión, ocupación u oficio: SERVICIOS GENERALES
(*) Estado civil: soltera
Años de experiencia laboral: 25 AÑOS



Tamaño 3x4 cms.

Cédula de ciudadanía: ☒ N° 52343346
Extranjería: ☐ Expedida en: BOGOTA
Tarjeta profesional N°: 99926635

DOCUMENTACION

(**) 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

PERSONA INTEGRAL CON VALORES IMPORTANTES COMO LA
HONESTIDAD, RESPONSABILIDAD, SOLIDARIDAD, EQUIDAD
CON ACTITUD DE TRABAJO EN EQUIPO Y COMPROMISO
CON LA CAUSA

III. INFORMACION PERSONAL

¿Esta trabajando actualmente? Si ☒ No ☐ En qué empresa? servicio limpieza

¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ Solicitó empleo 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?

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?

¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ ASIGNADO

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'000.000

¿Hace cuánto tiempo reside en?

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

Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Nombre del arrendador

Dependencia

Nombre

Tipo de contrato: obra labor

Empleado ☐ Independiente ☐

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si ☐ No ☒

Fecha

Dependencia

Nombre

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en?

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)	
SERVISPECIALES	carrera 6 N046-23		018000 123771	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial
Operaria de Aseo y Cafetería		02/02/21	30/09/22	\$ 56M V
Funciones realizadas	Atencion Al			
USUARIO	CARGO SUPERVISOR			
Nombre de su jefe inmediato	Edwin CASAS			
Logros obtenidos	EXPERIENCIA			
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?
	Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	OBRA LABOR
Horario de trabajo:	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro	TERMINACION DE CONTRATO			

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	SANDRA ALVARES	JEFE		3108564640
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	CECILIA PANTOJA	EMPLEADA		3213163115
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Wilson RODRIGUEZ	FARMACEUTICO		3246820162
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	ENRIQUE RODRIGUEZ	PENSIONADO		3108655990

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



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

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

Firma del solicitante

[Firma]
C.C. 52363366

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LUZ AURORA RODRIGUEZ FORERO	Identificación:	52343346
Género	FEMENINO Edad: 47	Teléfono	na Móvil: 3108540919
Fecha Nacimiento:	30/03/1976	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CALL 17 19 B 22	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	COLPENSIONES
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

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

Cordialmente,

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional 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 Ciénaga Magdalena	
Dirección domicilio / Barrio Calle 26 B Este 49-46 Villa Mercedes		Ciudad Soocho Cundinamarca	
Teléfono		No. Celular 324 356 68 69	
Correo electrónico Cindyrevollo701@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Operario en mantenimiento de Aseo		(*) Estado civil Unión libre	
		Años de experiencia laboral uno y 5 meses	

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1073673785	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Soocho	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 bachiller con un año y cinco meses de experiencia en mantenimiento de Aseo, atención al usuario, manejo de Cartería, mis habilidades trabajo en equipo, puntualidad, organizada, Responsable con buena actitud y ganas de crecer para brindarle una mejor calidad de vida a mis hijos

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D 11 M 08 A 1987	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Luis Aunio	Teléfono 3022941677
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000
¿Por qué conceptos? Alimentación, servicios, vestuario, Estudios etc	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.200.000	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? medallas, diplomas, ascensos		

99926635

717021240078131

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 01/06/2011	Fecha Retiro 30/07/2022	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Funciones realizadas Pintado y desinfección, decapado y sellado de tones							
Nombre de su jefe inmediato louro				Cargo recursos humanos			
Logros obtenidos Experiencia							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Fijo <input type="checkbox"/> Obra louro		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?		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 Rosario Asprillo	Ocupación Operaria de Aseo	Dirección Cl 8 # 14-06	Teléfono 3045479405
2.	Nombre Sandra Peies	Ocupación Operaria de Aseo	Dirección Ki 26 B ESTE 49-20	Teléfono 3213264908
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Emeldo mercado	Ocupación Empleado domestico	Dirección Cl 8 # 10 B ESTE 22	Teléfono 3044519672
2.	Nombre leidys Revollo	Ocupación Desempleado	Dirección Cl 8 # 10 B ESTE 22	Teléfono 3023939362

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



Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105' (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p></p> <p>C.C. 1012613765</p>
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

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

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
CINDY SUGEY REVOLLO MERCADO	C.C.	1,073,673,765	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

minerva
10-03



www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha 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 D 02 M 02 A 1979		Lugar de nacimiento San Bernardo (Cundinamarca)	
Dirección domicilio / Barrio Cna 1 # 60-10 Sur		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3132204307	
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° 52742012		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá		Distrito N°	
Tarjeta profesional N°		Licencia de conducción N°	
¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría	



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable y cumplidora de mis labores, soy honesta, trabajadora. me gusta el trabajo en equipo

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servilimpieza		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
¿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"/>		Independiente <input type="checkbox"/> obra labor	
¿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"/>		¿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?	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
¿Por qué conceptos? Alimentación, servicios, transporte, educación		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$			

99926635

717021221

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Cra 28B # 77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria servicios	Área del cargo	Fecha Ingreso 1 10 2022	Fecha Retiro 23 03 2023	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
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"/> 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 Laso	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 51a-42		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria servicios generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 20 04 2021	Fecha Retiro 30 09 2022	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Funciones realizadas Servicios generales					
Nombre de su jefe inmediato Fredy Gozman			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? 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 Contacto	Dirección Cra 1 # 60-10 sur	Teléfono 3105266187
2.	Nombre Nelsy Barrera Lemus	Ocupación Empleada	Dirección Cra 65 sur # 4A-36	Teléfono 3112342157
Nombre de un familiar que podamos 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 Huerto Saacha	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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)	Firma del solicitante PAOLA ANGEA BARRERA TORRES C.C. 5274011237
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52742012-680189

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	PAOLA ANDREA RAMIREZ TORRES	Identificación:	52742012
Género:	FEMENINO Edad: 45	Teléfono:	na Móvil: 3132204307
Fecha Nacimiento:	2/02/1979	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CRA 1 N 60 I 10 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN 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

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
PAOLA ANDREA RAMIREZ TORRES	C.C.	52,742,012	18/03/2024

Cordialmente,

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D 14 M 03 A 2024 Empleo o cargo al que aspira: Supervisor

I. INFORMACION GENERAL

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: Bogota D.C.

Dirección domicilio / Barrio: Calle 75 Bis sur # 6-85 No. Celular: 310 706 96 92

Teléfono: 2 23 66 41 Nacionalidad: Colombiano

Correo electrónico: andresRipeValeriano@Gmail.com Años de experiencia laboral: 12 Años

Profesión, ocupación u oficio: Servicios Generales mantenimiento (*) Estado civil: Soltero

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

Cédula de ciudadanía: N° 1022431201 (***) Libreta militar N° Distrito N°

Extranjería: Expedida en: Bogota Licencia de conducción N°

Tarjeta profesional N° ¿Tiene vehículo? Si No



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? Si No En qué empresa: Seru Limpieza

Empleado Tipo de contrato: Obra labor

¿Trabajó antes en esta empresa? Si No Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No Fecha: D M A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si No Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No Dependencia:

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

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si No Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Alquilada? Nombre del arrendador: Pedro Beresa Teléfono: 31254558

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No Describalo e indique su valor mensual: \$

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$

¿Cuánto es su aspiración salarial? \$

¿Por qué conceptos?

¿Cuál es su principal afición? Fútbol

¿Practica algún deporte? Si No ¿Cuál(es)? Fútbol

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

906539615

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Carga actual		Dirección		Teléfono	
N° de personas que dependen económicamente de usted 3		Parentesco nuevos		Edades 9.11.15	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Teresa Valeriano		Ama de Casa		375025908	
Rafael Ripe		hogar		3132595552	
Nombre(s) hermanos(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1999	5		Escuela Pabano Sur	Bogotá
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2000		Bachiller	Colesio Rufino Cuad	Bogotá
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>	2017		Estadística Técnico	IPS	Bogotá
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input type="checkbox"/>					
Postgrados					
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 type="checkbox"/>			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana 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%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Que programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.				
¿Qué idioma(s) conoce?	2.				
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Escucha</div> <div>Lectura</div> <div>Escritura</div> <div>Habla</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>R B MB</div> <div>R B MB</div> <div>R B MB</div> <div>R B MB</div> </div>					

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-D #30-21		601-6286140			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Operario mantenimiento		Mantenimiento		24/03/2018		07/03/24	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
Aseos locales y Servicios Generales y		\$ mínimo		\$			
Nombre de su jefe inmediato		Carga					
Janet fula		Supervisora					
Logros obtenidos							
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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. Galvez Cuitiva
Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Medicina Especialista Salud Ocupacional
Licenciada 12798
C.C. 1026260179



[Firma manuscrita]



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

Firma y cédula del Paciente
JORGE ANDRES RIPE VALERIANO
1022931201



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 "fca1".

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 o en computador.



Fecha D M A	Empleo o cargo en el que esta interesado	Código cargo
----------------	--	--------------

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Rincon Rojas		Nombre(s) del aspirante Pedro Antonio	
Lugar y fecha de nacimiento Susacón (Boyacá) 3 Agosto 1972			
Dirección/domicilio / Barrio C/ 20A # 20A-33 Sur / Quiróga		Ciudad Bogotá	
Teléfono 3973103		No. Celular 3213626799	
Correo electrónico pedrorincon3835@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
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. 4.266.714	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Susacón - Boyacá	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? 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	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependencia		¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>		Dependencia	
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 3926717	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 6 Años	
¿Por que conceptos?		¿Cuanto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$	
¿Cual es su principal afición? Fútbol		¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cual(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"/> ¿Cual(es)?					
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual(es)?					

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

04524938



7 702124007813 >

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 Yaneth Fula		Cargo Supervisora		Fecha de ingreso 28 08 2023	
Total tiempo servido		Sueldo inicial \$ 1'300.000 =		Sueldo final o actual \$ 1'300.000 =	
Funciones realizadas Mantenimiento de la Alcaldía y Servicios Generales		Carga (s) desempeñado(s) por usted Aux Servicios Generales			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Obrera labor					
Horario de trabajo: Fijo <input type="checkbox"/> 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					

Nombre de la empresa Secretaría General - Alcaldía Mayor		Dirección Cr 11 # 8-17		Teléfono(s) 3820660	
Nombre de su jefe inmediato Jenifer Prada		Cargo Sub. Servicios Adm		Fecha de ingreso 13 09 2022	
Total tiempo servido 8 meses		Sueldo inicial \$ 1'600.000 =		Sueldo final \$ 1'600.000 =	
Funciones realizadas Realizar Anuncios locativos y mantenimiento de recursos físicos de la entidad y servir de apoyo en actividades de servicios Administrativos		Carga (s) desempeñado(s) por usted Aux. Servicios Generales			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Terminación contrato Provisional.					
Horario de trabajo: Fijo <input type="checkbox"/> 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		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
Total tiempo servido		Sueldo inicial		Sueldo final	
Funciones realizadas		Carga (s) desempeñado(s) por usted			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
Horario de trabajo: Fijo <input type="checkbox"/> 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)?		¿Fondo de pensiones?		¿Fondo de cesantías?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		¿Cuál?		¿Cuál?	
Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

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 - BOGOTÁ 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: na **Móvil:** 3213626799
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
EPS: SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
ARL: NO REPORTEA
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

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/



Pedro Antonio Rincon Rojas



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

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 epieyu** Nombre(s) del aspirante: **Yanis dal carne**
 Fecha de nacimiento: D 07 M 12 A 82 Lugar de nacimiento: **Oribia Guajira**
 Dirección domicilio / Barrio: **Kr 94 # 87 Sur - 80** Ciudad: **Bogota**
 Teléfono: **3108735532** No. Celular: **3108735532**
 Correo electrónico: **epieyuanis2017@gmail.com** Nacionalidad: **colombiana**
 Profesión, ocupación u oficio: **operativa de cafetería** (*) Estado civil: **Unión libre** Años de experiencia laboral: **8 años**
ASCO DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995



Cédula de ciudadanía: ☒ N° **9656654** (**) Libreta militar N° _____ Primera clase: ☐
 Extranjería: ☐ Expedida en: **Oribia Guajira** Distrito N° _____ Segunda clase: ☐
 Tarjeta profesional N° _____ ¿Tiene vehículo? _____ Licencia de conducción N° _____ Categoría _____
 Si ☐ No ☒

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? Si ☐ No ☒ ¿En qué empresa? _____ Empleado ☐ Tipo de contrato: Independiente ☐
 ¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☐ ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ Fecha: D M A
 ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☐ Nombre: _____ Dependencia: _____ ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☐
 Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? _____
 ¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☐ Vive en casa: ¿Familiar? ☐ Nombre del arrendador: _____
 ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐ Teléfono: _____
 ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒ Describalo e indique su valor mensual: _____
 ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ _____
 ¿Por qué conceptos? **Arriendo, servicios, pasajes, vestuario** ¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ **Designado**
 ¿Cuál es su principal afición? _____ ¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)? _____

99926635

7170212410

Nombre de la empresa acolumpiaza	Actividad Económica	Dirección calles 25B #85 Bloque 45	Teléfono(s) 7800 0
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria cafetería aseo	Área del cargo Administración	Fecha Ingreso 5 M 11 A 20	Fecha Retiro 14 M 12 A 21
Sueldo Inicial \$ 980000		Sueldo Final \$ 980000	
Funciones realizadas limpieza de oficinas, baños, cafetería			
Áreas comunes atención al funcionario			
Nombre de su jefe inmediato Olivia Rivera	Cargo Recursos humanos		
Logros obtenidos todos positivos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <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 personales			

Nombre de la empresa scribimpiaza	Actividad Económica	Dirección calles 25B #30-29	Teléfono(s) 6286190
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria cafetería aseo	Área del cargo Administración	Fecha Ingreso 21 M 6 A 23	Fecha Retiro
Sueldo Inicial \$		Sueldo Final \$	
Funciones realizadas limpieza de oficinas de aparcamiento de piso limpieza de			
áreas comunes atención al funcionario			
Nombre de su jefe inmediato Betsy Isabel Villapolo	Cargo Recursos humanos		
Logros obtenidos todos positivos estoy activa			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <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 wilson reboyes do	Ocupación taqueador	Dirección Bosa	Teléfono 316-6032 790
2.	Nombre Maria Pico	Ocupación Artesano	Dirección Suba	Teléfono 3013616024
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Angela Ramirez	Ocupación operaria	Dirección Roma Kenedy	Teléfono 3166032 790
2.	Nombre Mayory Marquez	Ocupación comercialista	Dirección Roma Kenedy	Teléfono 3185 407238

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

Marque con una X

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	YENIS DEL CARMEN RAMIREZ EPIEYU	Identificación:	36466591
Género:	FEMENINO Edad: 41	Teléfono:	NA Móvil: 3108735532
Fecha Nacimiento:	7/12/1982	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	KR 94 SUR 87 80	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION 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.
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 "f c i".

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

Fecha 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 Ruiza Segura		Nombre(s) del aspirante Aurora	
Fecha de nacimiento D 4 M 03 A 88		Lugar de nacimiento Bogotá	
Dirección domicilio / Barrio Kr 49 # 68 f - 34 sur		Ciudad Bogotá	
Teléfono 640 4144		N°. Celular 304 2049876	
Correo electrónico auroraruiza09@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio operario de oseo		(*) Estado civil soltera	
		Años de experiencia laboral 7 años	
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1024483297		(**) Libreta militar No. _____	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____		Distrito No. _____	
Tarjeta profesional No. _____		Licencia de conducción No. _____	
¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Categoría _____	



II. PERFIL LABORAL

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

Anivel laboral demostrar mis capacidades y ser eficas 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? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? Servilimpza		Empleado <input checked="" 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 _____	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre _____		Dependencia _____	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? reclutación	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? 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 Mrs Johana Torero	
¿Por qué conceptos? Arriendo servicios Alimentación educación		¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000	
¿Cuál es su principal afición? leer		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ lo asignado			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____					

19706000

7 702124 007813

Nombre de la empresa Centro Aseo S.A		Actividad Económica	Dirección Cra 28B #77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operario de aseo		Área del cargo	Fecha Ingreso 22 08 2017	Fecha Retiro 20 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? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro Cambio de licitación						

Nombre de la empresa Construmetalicos R.F		Actividad Económica	Dirección Cll 68 6 #49-04 Sur		Teléfono(s) 7187934	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso 03 08 2015	Fecha Retiro 10 08 2017	Sueldo Inicial \$737.717	Sueldo Final \$737.717
Funciones realizadas Manejo de inventario aseo 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? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input 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 Johano Forero	Ocupación Empleador	Dirección Tw 18JB #5 A71 Sur	Teléfono 3177615412
2.	Nombre Nataly Muñoz	Ocupación Estudiante	Dirección Cll 58 M Sur 71B21	Teléfono 3223605370
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Ricardo Vasquez	Ocupación Guarda de seguridad	Dirección	Teléfono 31385880056
2.	Nombre Vanessa Espitia	Ocupación	Dirección	Teléfono 3142456138

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



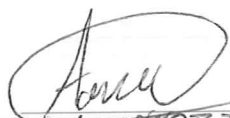
Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante


C.C. **1029483297**

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1024483297-680434

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: AURORA RUNZA SEGURA
Género: FEMENINO **Edad:** 36
Fecha Nacimiento: 9/03/1988
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 49 68 F 28 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1024483297
Teléfono: NA **Móvil:** 3042024878
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

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
AURORA RUNZA SEGURA	C.C.	1,024,483,297	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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
04/03/24	Auxiliar Servicios Generales y Cafeteria

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 Maria	
Fecha de nacimiento 26/12/69	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio Cl. 54 sur N° 71B-45			
Ciudad Bogota			
Teléfono		N° Celular 3044973819	
Correo electrónico angelaramirez6950@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	
		Años de experiencia laboral 10 años	

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 519830321	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____

II. PERFIL LABORAL

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

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?	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Servilimpieza S.A	Independiente <input type="checkbox"/>	obra y Labor
¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D M A	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Dependencia		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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono
¿Por qué conceptos?	Arriendo, Servicios públicos, Canasto familiar		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Cuál es su principal afición?	Trabajar, Leer, escuchar Música		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
¿Practica algún deporte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	\$
¿Cuánto es su aspiración salarial?			\$ Mínimo

19706000

7 702124 007

Nombre de la empresa Centro Aseo S.A.S	Actividad Económica Cra 28 B N-77-12	Dirección 6068433	Teléfono(s) 6064849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario De Aseo Y Cafeteria	Área del cargo Realizar Aseo en Oficinas, Area Administrativo, barrer, trapear	Fecha Ingreso 21/12/22	Fecha Retiro 23/03/23
Funciones realizadas Moppear, Limpieza de polvo de Módulos, escritorios, Mesas auxiliares, columnas, barandas, pantallas, vidrios, Puertas, paredes, Areas comunes pasillos, Lavado y Desinfección de baños, Manejo de Greca, prepara Tinto, clasificar basura puntos		Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina Sánchez		Cargo Supervisora ecologicos	
Logros obtenidos Aprendizaje			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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
Funciones realizadas		Sueldo Inicial	Sueldo Final
Nombre de su jefe inmediato		Cargo	
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input 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 3125724626
2.	Nombre Blanca Lilia Orjuela	Ocupación Independiente	Dirección 3115562260
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Jenny Esperanza Ramirez	Ocupación Hogar	Dirección 3156089071
2.	Nombre Consuelo Ramirez P.	Ocupación Empleada.	Dirección 31120061

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 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
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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

Karla Lisbeth Canelon
Médica Especialista
Salud Ocupacional
R.M. 1094861739

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

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 'f c i.'.

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

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

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D 26 M 07 A 24 Empleo o cargo al que aspira: _____ (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

I. INFORMACION GENERAL

Apellido(s) del aspirante: **Rodriguez Bernal** Nombre(s) del aspirante: **Flor Marina**

Fecha de Nacimiento: D 06 M 01 A 1983 Lugar de Nacimiento: **Bogotá** Ciudad: **Bogotá**

Dirección domicilio / Barrio: **CLL 68 6 610 Sur #49B-12 (candelaria)** No. Celular: **3743850900**

Teléfono: **3102845331** Nacionalidad: **colombiana**

Correo electrónico: **Flormarinarodriguezbernal@gmail.com** Años de experiencia laboral: **6 años**

Profesión, ocupación u oficio: **operaria de servicios generales** (*) Estado civil: **viuda**



DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: ☒ N° **52957218** (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Extranjería: ☐ Expedida en: _____

Tarjeta profesional N°: _____

Libreta militar N°: _____

Distrito N°: _____

Licencia de conducción N°: _____

Categoría: _____

¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☒

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona Responsable trabajadora, me adapto Rapido a nuevos cambios, me gusta trabajar en equipo Siempre con buena actitud y honestidad

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☒ No ☐ En qué empresa? **Servilimpieza**

¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ Fecha: _____

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒ Dependencia: _____

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒ Dependencia: _____

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☒ Dependencia: _____

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒ Dependencia: _____

¿Por qué conceptos? **Almuerzo, mercado, pasajes, Estudios de mi hija**

¿Cuál es su principal afición? **Practica algún deporte?** Si ☐ No ☒

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

Nombre del arrendador: **Elisa Neva** Teléfono: **3219114176** Hace cuánto tiempo reside en: **3 años**

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? **\$1.000.00**

¿Cuánto es su aspiración salarial? **el asignado**

913340817



Nombre de la empresa centro Aseo		Actividad Económica Minimo		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios generales		Área del cargo Cafeteria		Fecha Ingreso D 21 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
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?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		6 meses		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input 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 Minimo		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 \$ Minimo	Sueldo Final \$ Minimo
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?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		10 meses		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input 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 321244338
2.	Nombre Arturo	Ocupación Oficina	Dirección 3005730896
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Angelina Bernal Rodriguez	Ocupación ama de casa	Dirección 3232064422
2.	Nombre Heidy Michel Ruiz R.	Ocupación Estudiante	Dirección 3209038992

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



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Marina Rodriguez C.C. 32957218</p>
--	--	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
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 - BOGOTÁ 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	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.
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: TRABAJADORA CON ANTECEDENTE TRAUMÁTICO 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
Nít. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
FLOR MARINA RODRIGUEZ BERNAL	C.C.	52,957,218	18/03/2024

Cordialmente,

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