



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 15 M 03 A 24	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Angulo Garcia		Nombre(s) del aspirante Maira Liceth	
Fecha de Nacimiento D M A		Lugar de Nacimiento Francisco Pizarro Salahonda Mariño	
Dirección domicilio / Barrio Cr16c #652-40. Sur Mexico		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 3183998902	
Correo electrónico M.liceth90@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales		(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 6 Años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1086727870		(**) 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

Me Considero una persona Honesta, Respetuosa, responsable y Buena Compañera.
 Continuar mis Estudios para ser una persona más preparada y tener una mejor calidad de vida.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha D M A		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador		Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Describa e indique su valor mensual Un. millón Dociientos mil Pesos				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000	
¿Por qué conceptos? Almuerzo, Alimentación, transporte, Estudios, Personal		¿Cuál es su principal afición? Estudiar		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Futbol, Baloncesto		¿Cuánto es su aspiración salarial? Al Porvenir	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?					

492023475

7 702122 1006813

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Eddy Orobio Rivera		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección Cr 16c #65d-40 sur		Teléfono	
Ciudad Bogota		N° de personas que dependen económicamente de usted 3		Parentesco Marido 2 hijos	
Edades 33-14-12		Nombre(s) padre(s) Tania Garcia Moreno		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa	
Teléfono(s) 3183679658		Nombre(s) hermano(s) Leosson Angulo Valencia		Profesión, ocupación u oficio Sastre	
Teléfono(s) 3217919342		Nombre(s) hermano(s) Angelly España Garcia		Profesión, ocupación u oficio Universitaria	
Teléfono(s) 3164246465		Nombre(s) hermano(s) Luis Miguel Angulo G.		Profesión, ocupación u oficio Universitario	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	2003	5°	Primaria	Inst. Ed. Señor del mar	Sala Honda
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2010	6°	Bachiller	Inst. Ed. Señor del mar	Sala Honda
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha	Lectura	Escritura	Habla
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
		R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servimpieza		Actividad Económica		Dirección Cl 186d # 30-21		Teléfono(s) 6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Asco y Cafeteria		Área del cargo		Fecha Ingreso 29 Mos 23		Fecha Retiro D M A	
Funciones realizadas Operaria de Asco y Cafeteria.		Sueldo Inicial \$ Mínimo		Sueldo Final \$ Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Leison Paramo-Janeth				Cargo Supervisores			
Logros obtenidos Agradecimiento							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2.Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Terminación de contrato							

Nombre de la empresa Centro ASCO S.A.S	Actividad Económica	Dirección Cra 286 # 77-12	Teléfono(s) 484 9120		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de ASCO y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 10 A 28	Fecha Retiro 23 M 08 A 23	Sueldo Inicial \$ MINIMO	Sueldo Final \$ MINIMO
Funciones realizadas Operaria de ASCO y Cafeteria					
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Marrugo			Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Agradecimiento					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
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 Limpieza Institucional Casu	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 510-42	Teléfono(s) 9164681		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Asesor de Servicios Generales	Área del cargo	Fecha Ingreso 20 M 04 A 21	Fecha Retiro 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ MINIMO	Sueldo Final \$ MINIMO
Funciones realizadas Asesor de Servicios Generales					
Nombre de su jefe inmediato Pedro Fernando			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Agradecimiento					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
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					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Erika Gutierrez	Operaria	Bolonia	3043531048
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Yneth Chalar	Farmacéutica	Bosa	3217911841
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Eddy Fernando Drobia		Cr 16C A 65A-40S	3125461223
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Tania Garcia Moreno	Amada de casa	Pasto Nariño	3183679658

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

María Inés Angulo G.
C.C. **1086727870**

VIII. NOTAS ADICIONALES

[Faint, illegible handwriting is visible throughout the lined area of the page.]

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: MAIRA LICEHT ANGULO GARCIA
Fecha de nacimiento: 01/04/1990
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1086727870
Edad: 33 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 09:41:22
Fecha salida: 2024-03-13 / 11:41:18



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

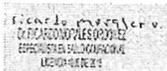
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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



RICARDO MORALES ORDÓNEZ
RM: 79059704
Firma y sello del médico

Maira Angulo

MAIRA LICEHT ANGULO GARCIA
CC: 1086727870
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.

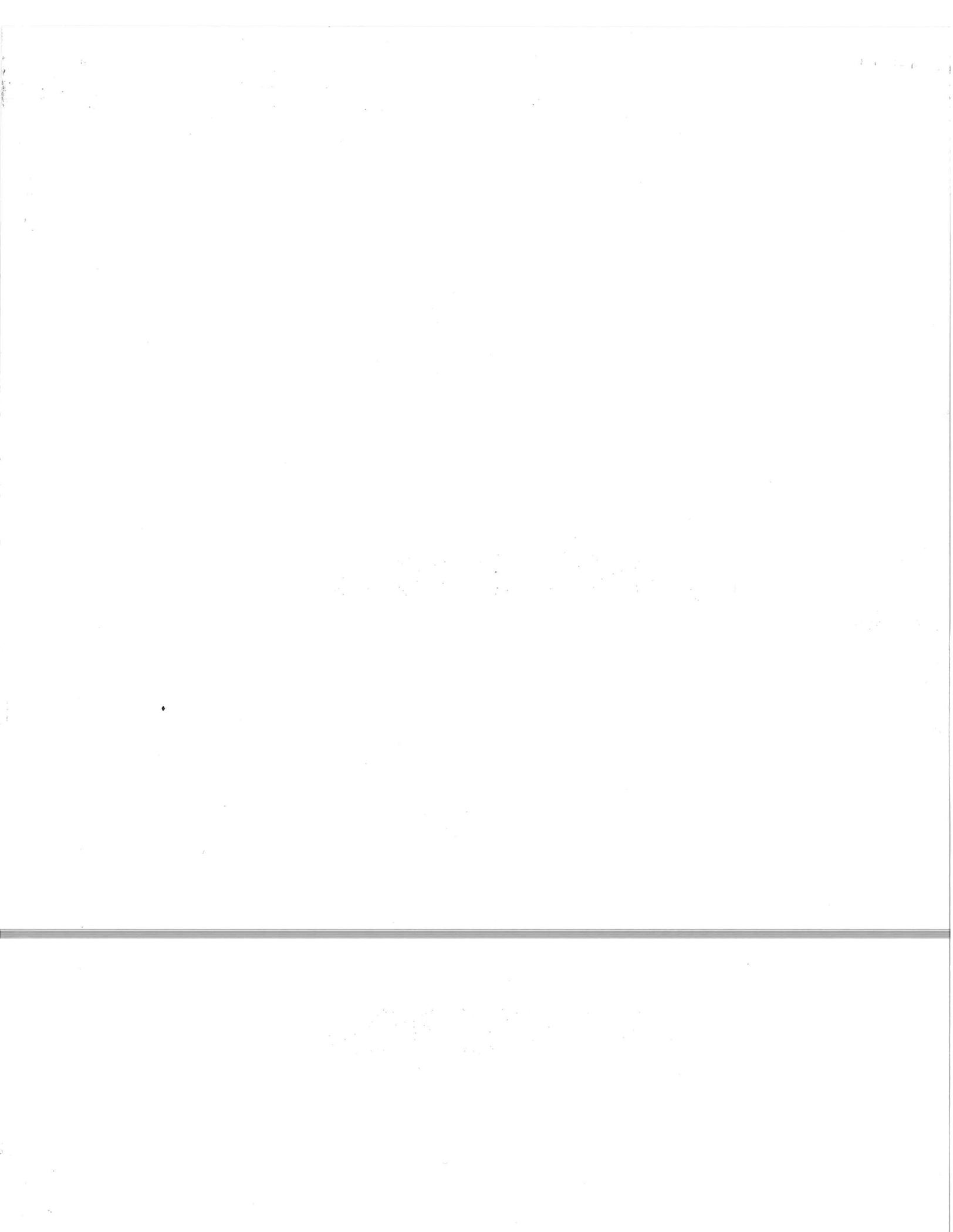
Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
MAIRA LICETH ANGULO GARCIA	C.C.	1,086,727,870	18/03/2024

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 6 en Bogotá 4235757.





HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Acevedo Bohórquez	Nombre(s) del aspirante Samuel David
Fecha de nacimiento D 16 M 07 A 1998	Lugar de nacimiento Sincelejo - (Sucre)
Dirección domicilio / Barrio Ki 86c # 2A-52 Patio Bonto	Ciudad Bogotá D.C
Teléfono	No. Celular 3054122495
Correo electrónico acevedosamuel@gmail.com	Nacionalidad Colombiano
Profesión, ocupación u oficio Operario de mantenimiento	(*) Estado civil Soltero
	Años de experiencia laboral 4 años



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1005574136	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en San Benito Abad	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____

II. PERFIL LABORAL

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

Persona con excelente adaptación al trabajo en equipo, facilidad de trabajo bajo presión de manera creativa con mente abierta al aprendizaje buscando altos niveles de desempeño para alcanzar la visión de la organización de los trabajos.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Jose Moseno
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	Teléfono 3124730675
¿Por qué conceptos? Arriendo, alimentación, servicios transporte, Vestuario.	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.300.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.800.000
¿Cuál es su principal afición? Futbol	¿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"/>	¿Cuál(es)? Trofeo por mejor disciplina de portero.	

99906550



7 702124 007813 >

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="2"/>		Parentesco <i>Padres</i>	
Edades <i>46 y 51</i>		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		<i>Roberth Acevedo</i>		<i>Comerciante Independiente</i>	
<i>300 806 13 39</i>		<i>Yadima Bohórquez</i>		<i>Ama de Casa</i>	
<i>300 806 13 39</i>		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		<i>Yadima Esther Acevedo</i>		<i>Ama de Casa</i>	
<i>315 753 21 06</i>		<i>Elizabeth Acevedo</i>		<i>Ama de Casa</i>	
<i>301 713 30 52</i>					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria	<i>2010</i>	<i>5^o</i>	<i>B. Primaria</i>	<i>L.E Santiago Apostol</i>	<i>(Sucre)</i>	
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	<i>2016</i>	<i>11^o</i>	<i>Bachiller</i>	<i>L.E Santiago Apostol</i>	<i>(Sucre)</i>	
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución	Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.	
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B
	2.	R	B	MB	R	B

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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
<i>Servilimpieza</i>		<i>servicios E.</i>		<i>Calle B60 # 30-21</i>		<i>6016286140</i>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
<i>Operario de Mantenimiento</i>		<i>Alcaldía</i>		<i>24 M 03 A 23</i>		<i>D M A</i>	
Sueldo Inicial		Sueldo Final					
<i>\$1.300.000</i>		<i>\$1.300.000</i>					
Funciones realizadas							
<i>Attejos locativos, auxiliares de movimientos permanentes del despacho del alcalde mayor de Bogotá.</i>							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
<i>Yanet fula</i>				<i>Supervisora.</i>			
Logros obtenidos							
<i>Buen desempeño y conocimiento en la labor</i>							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		<i>Obra labor</i>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>	
						Nocturna <input type="checkbox"/>	
						Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							
<i>Trabajando sigue laborando en el cargo.</i>							

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica Servicios G.	Dirección Carrera 28B #77-12		Teléfono(s) 4849120
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de Mantenimiento		Área del cargo Alcaldía	Fecha Ingreso 01/10/22	Fecha Retiro 23/03/23	Sueldo Inicial \$1.160.000
Funciones realizadas Ariegos locativos, auxilios de movimientos permanentes del despacho del alcalde mayor de Bogotá.		Sueldo Final \$1.160.000			
Nombre de su jefe inmediato Achiana			Cargo Supervisora.		
Logros obtenidos Buen desempeño y conocimiento en la labor					
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"/>		Obra labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Termino de contratos.		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	

Nombre de la empresa Loaso		Actividad Económica Servicios G.	Dirección Carrera 74 #519-42		Teléfono(s) 9164881
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de Mantenimiento		Área del cargo Alcaldía	Fecha Ingreso 20/04/21	Fecha Retiro 30/09/22	Sueldo Inicial \$1.000.000
Funciones realizadas Ariegos locativos, auxilios de movimientos permanentes del despacho del alcalde mayor de Bogotá.		Sueldo Final \$1.000.000			
Nombre de su jefe inmediato Guberli's Torres			Cargo Supervisora.		
Logros obtenidos Buen desempeño y conocimiento en la labor.					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" 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"/>	
Motivo del retiro Terminación de contrato.		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Roger José Mejía	Ocupación O.P. Mantenimiento	Dirección Ki 86c #2A-52	Teléfono 3122393873
2.	Nombre Margelis Gomez	Ocupación Operaria	Dirección Ki 740 #75-22	Teléfono 3007201703
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Roberto Carlos Acevedo	Ocupación Operario	Dirección Ki 740 #75-22 Sur	Teléfono 3045781757
2.	Nombre Rafael Valderrama	Ocupación Independiente	Dirección Ki 86c #2A-52	Teléfono 3014084864

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p align="center"></p> <p>C.C. 1005524136</p>
--	---	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

[Faint, illegible handwriting on lined paper]

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1005524136-680411

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: SAMUEL DAVID ACEVEDO BOHORQUEZ
Género: MASCULINO **Edad:** 25
Fecha Nacimiento: 16/07/1998
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: KR 86 C 2 A 52
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1005524136
Teléfono: NA **Móvil:** 3054122495
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

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		

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. 1026260179

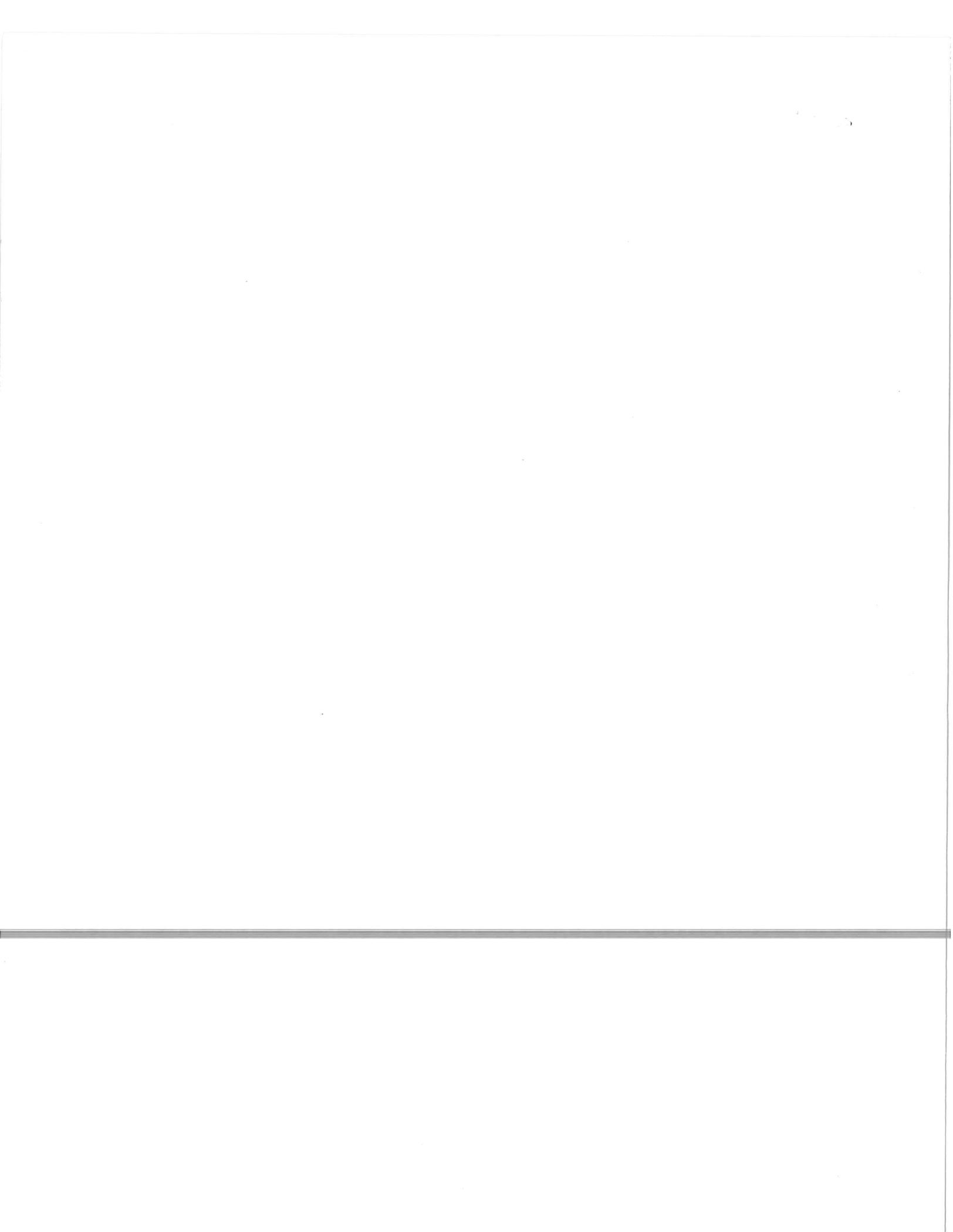


Samuel David Acevedo Bohorquez



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

Firma y cédula del Paciente
SAMUEL DAVID ACEVEDO BOHORQUEZ
1005524136





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

CERTIFICA

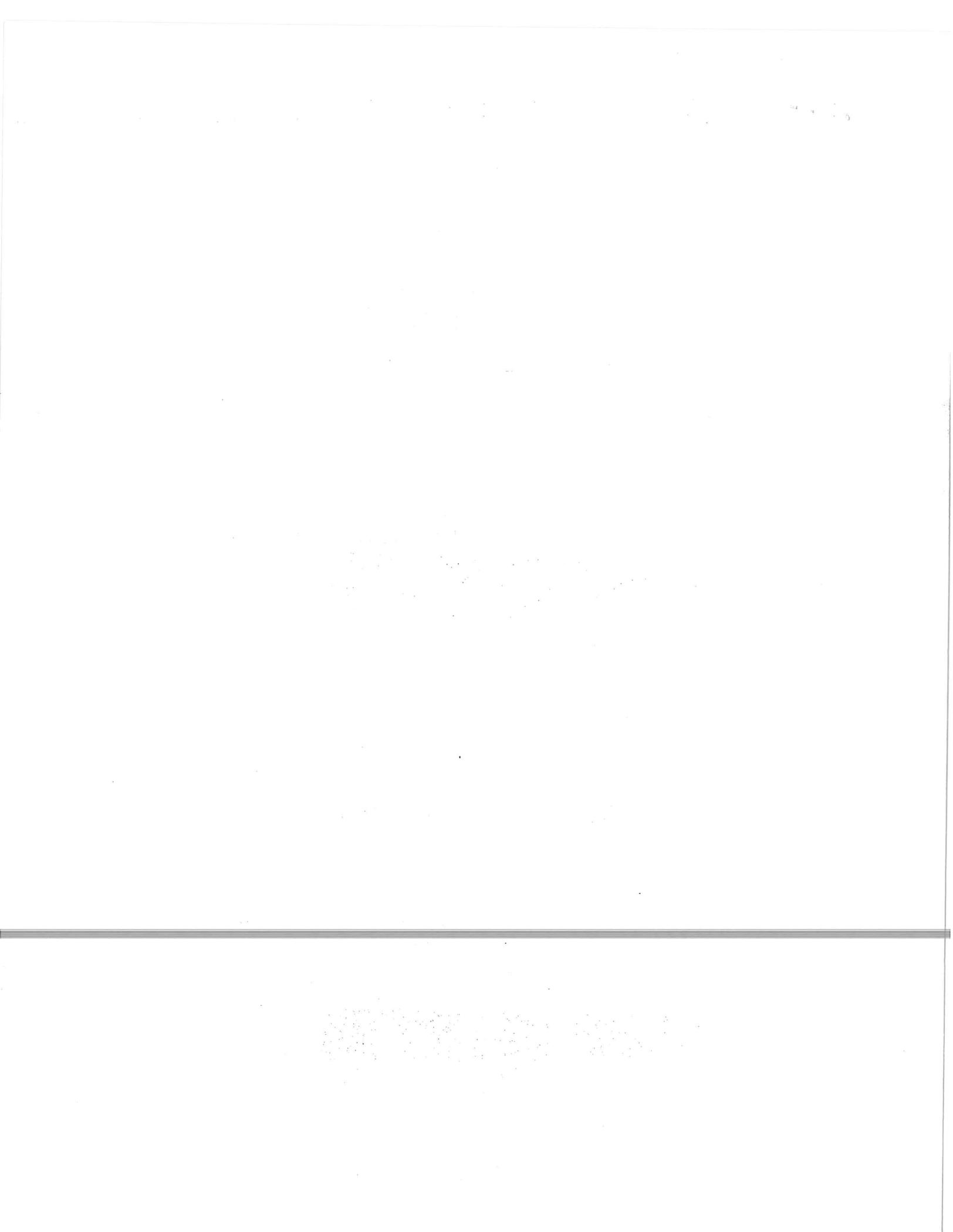
Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9016312 correspondiente a la empresa Union Temporal Serviaseamos.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
SAMUEL DAVID ACEVEDO BOHORQUEZ	C.C.	1,005,524,136	18/03/2024

Cordialmente,

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

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





HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 26 M 02 A 2024 Empleado o cargo al que aspira: mantenimiento

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Alarcon Marino Nombre(s) del aspirante: Julio Cesar
 Fecha de nacimiento: 17 M 05 A 1978 Lugar de nacimiento: Bogota
 Dirección domicilio / Barrio: Diagonal 69d #48-56 Sur Ciudad: Bogota
 Teléfono: No. Celular: 3138983173
 Correo electrónico: Julio Alarcón 79761@gmail.com Nacionalidad: Colombiano
 Profesión, ocupación u oficio: Mantenimiento (*) Estado civil: Soltero Años de experiencia laboral: 10 años
 DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995
 Cédula de ciudadanía: N° 79761257 (** Libreta militar N° Primera clase:
 Extranjería: Expedida en: Distrito N° Segunda clase:
 Tarjeta profesional N° ¿Tiene vehículo? Si No Licencia de conducción N° Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

Soy muy responsable, Puntual, me gusta hacer las cosas bien para que se sienta satisfechos con mi trabajo

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si No En qué empresa? Serulimpieza Empleado Tipo de contrato
 Independiente
 ¿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? Nombre del arrendador: Efrain Toro Teléfono: 5 años
 ¿Propia? ¿Alquilada?
 ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No Describalo e indique su valor mensual: \$ 700.000
 ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
 ¿Cuánto es su aspiración salarial? \$
 ¿Por qué conceptos? de arriendo Alimentación Vestuario Etc.
 ¿Cuál es su principal afición? ¿Practica algún deporte? Si No ¿Cuál(es)? Fútbol
 ¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si No ¿Cuál(es)? medallas

99926635

717021241007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco hijos	
Edades 17-13-13-4		Nombre(s) padre(s) Nancy marino		Profesión, ocupación u oficio Amo de casa	
Teléfono(s) 3203245240		Nombre(s) hermano(s) Jesus Alarcón		Profesión, ocupación u oficio Independiente	
Teléfono(s) 3132904687		Nombre(s) hermano(s) Jhon Alarcón		Profesión, ocupación u oficio Empleado	
Teléfono(s) 3112450648		Nombre(s) hermano(s) Oscar Alarcón		Profesión, ocupación u oficio Empleado	
Teléfono(s) 3142253142					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1988	5 ^º	Diploma	Ciudad Bogotá	Bogotá
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	1992	8 ^º		Ciudad Bogotá	Bogotá
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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input 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 Lectura Escritura Habla			
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Servi Limpieza							
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Mantenimiento				D M A		D M A	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
Mantenimiento General y Aseo en las áreas		\$		\$			
Nombre de su jefe inmediato		Cargo					
Ganeth fula		Supervisora					
Logros obtenidos							
mas conocimiento							
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"/> ¿Cuál?			
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro							
Terminación de contrato							

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Mantenimiento		Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 02 A 23	Fecha Retiro D 22 M 04 A 23	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas mantenimiento general						
Nombre de su jefe inmediato Daneth fola			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 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		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 Martha Patricia Contreras	Ocupación Empleada	Dirección trans: 150 # 69. B 40	Teléfono 3028322750
2.	Nombre Rancy marino	Ocupación Ama de casa	Dirección calle 70 # 48-56	Teléfono 3249343830
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre monica Alarcón	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3294632846
2.	Nombre Jhon Alarcón	Ocupación Empleado	Dirección	Teléfono 3112450648

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 § 105' (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>[Firma]</i> 79761257 C.C.</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Handwritten notes at the top of the page, including the word "Mittwoch" and "Donnerstag".

Handwritten notes in the second row, including "Freitag" and "Samstag".

Handwritten notes in the middle of the page, including "Sonntag" and "Montag".

Handwritten notes in the lower section, including "Dienstag" and "Mittwoch".

Handwritten notes in the lower section, including "Donnerstag" and "Freitag".

Handwritten notes in the lower section, including "Samstag" and "Sonntag".

Handwritten notes in the lower section, including "Montag" and "Dienstag".

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79761257-680070

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: JULIO CESAR ALARCON MARIÑO
Género: MASCULINO **Edad:** 45
Fecha Nacimiento: 17/05/1978
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: DG 69D 48- 56 SUR
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79761257
Teléfono: 0 **Móvil:** 3138983173
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO
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.

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

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
JULIO CESAR ALARCON MARIÑO
79761257





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
JULIO CESAR ALARCON MARIÑO	C.C.	79,761,257	18/03/2024

Cordialmente,

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

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. The second part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.



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 Alarcón Rodríguez		Nombre(s) del aspirante Nohora Edith		
Fecha de nacimiento D 16 M 03 A 1994		Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Calle 75^c # 8-28^{sur} Manzanares		Ciudad Bogotá		
Teléfono		No. Celular 3107673807		
Correo electrónico alarcon.nohora@gmail.com		Nacionalidad Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Empleada		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 10 años	

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1024550991	(**) 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

Persona proactiva con experiencia en servicios generales. Limpieza y desinfección de interiores, control de inventario fortalezas como adaptabilidad, perseverancia, amabilidad y trabajo en equipo. dispuesta a nuevos retos.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input 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 yesid cortes	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, servicios, Alimentación, Vestuario.	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 10 asignado		
¿Cuál es su principal afición? tiempo de calidad con mis hijos	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

226635

747021241007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="2"/>		Parentesco hijos	
Edades 8, 9 años.		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
jose cristobal Alarcón		Pensionado		Teléfono(s)	
Ermelinda rodriguez		Empleada		323 234 63 73	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Esperanza Alarcón		Ama de casa		200 15 08	
jose luis Alarcón		Empleado.			

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2005	5 ^o	Primaria	I.E.D. los tejares.	Bogotá
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2009	9 ^o	bachiller basico	I.E.D. los tejares.	Bogotá
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2012	11 ^o	bachiller academico	I.E.D. Almirante Padilla.	Bogotá.
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? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <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 Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha Lectura Escritura Habla			
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Servilimpieza.				calle 86 d # 30-29		6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
op. servicios generales				D M A		D M A	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
limpieza y desinfección de areas, pisos, Baños.		\$		\$			
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Cristian- Arevalo				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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Centro OSEO		Actividad Económica	Dirección Cra 28^B # 77-12		Teléfono(s) 484 91 20	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted op. servicios generales		Área del cargo	Fecha Ingreso 29/04/2021	Fecha Retiro 23/03/2023	Sueldo Inicial \$1.160.00	Sueldo Final \$1.260.00
Funciones realizadas limpieza y desinfección de áreas.						
Nombre de su jefe inmediato			Cargo			
Logros obtenidos Experiencia laboral						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 de contrato.						

Nombre de la empresa Clinica Medical		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de ambiente físico		Área del cargo	Fecha Ingreso 26/09/2016	Fecha Retiro 31/01/2019	Sueldo Inicial \$828.116	Sueldo Final \$890.000
Funciones realizadas limpieza y desinfección de áreas.						
Nombre de su jefe inmediato Ana maria melo			Cargo ingeniera ambiente			
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 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 Yecet Carrillo	Ocupación Empleado	Teléfono 316 761 7897
2.	Nombre Dayana Alvarez	Ocupación Empleada	Teléfono 301 101 70 20
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Ermelinda rodriguez	Ocupación Empleada	Teléfono 323 234 6373
2.	Nombre	Ocupación	Teléfono

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

Marque con una X

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

Certificación
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)

Firma del solicitante
Nohora Alarcón.
C.C. 1024550991 BTA

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined writing area for additional notes, consisting of approximately 25 horizontal lines.

Continuation of the lined writing area, consisting of approximately 15 horizontal lines.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387

EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: NOHORA EDITH ALARCON RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento: 16/03/1994

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1024550991

Edad: 30 Sexo: FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:34:28

Fecha salida: 2024-03-12 / 02:45:33



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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

Dra. Laura E. Dotor
Especialista en Seguridad
y Salud en el Trabajo
N.º. 1016055879

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

Nohora Alarcon.

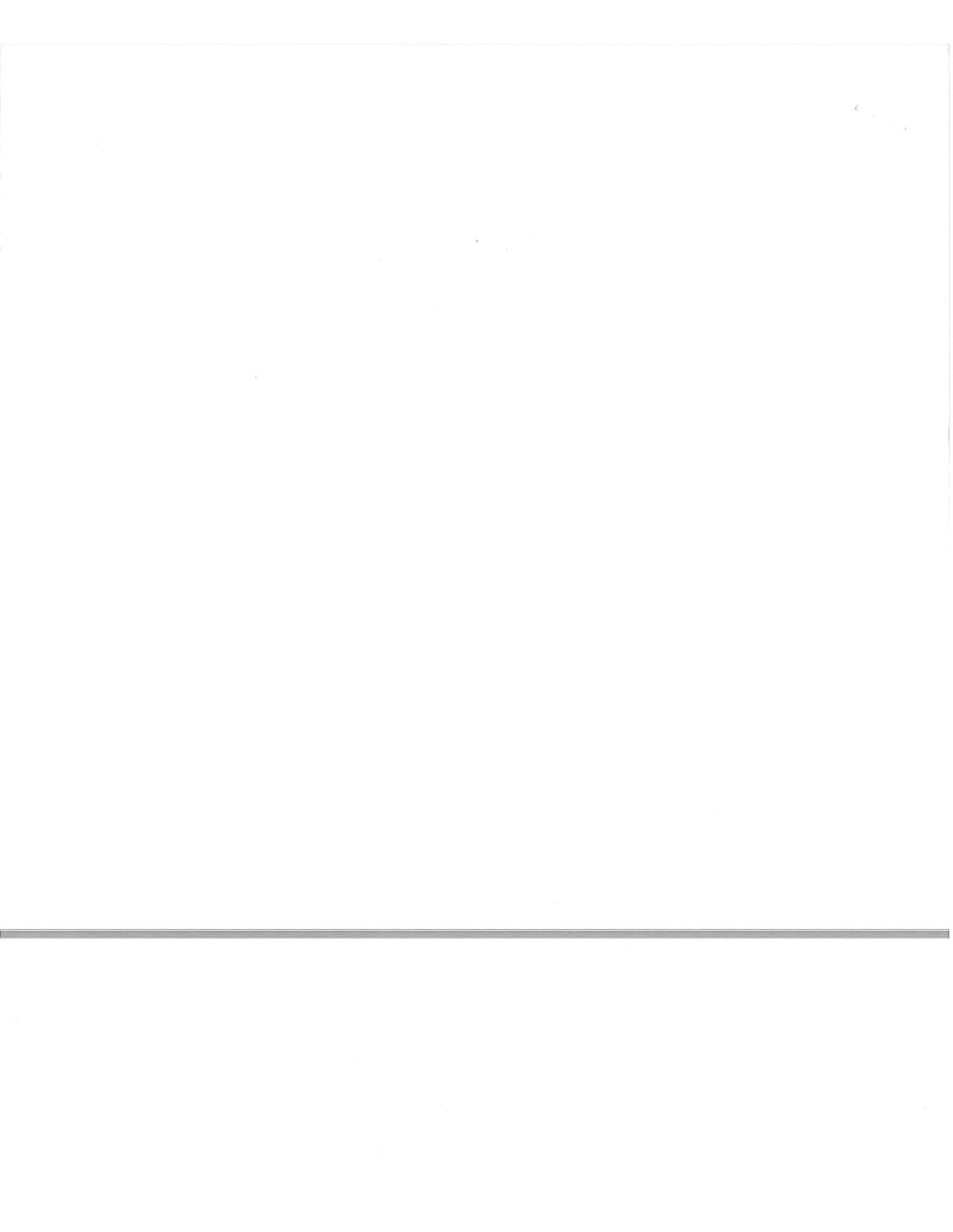
NOHORA EDITH ALARCON
RODRIGUEZ
CC: 1024550991
Firma del paciente

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
NOHORA EDITH ALARCON RODRIGUEZ	C.C.	1,024,550,991	18/03/2024

Cordialmente,

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

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





HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Aldarcon Ura		Nombre(s) del aspirante Mini Johana	
Fecha de nacimiento D M A 24 12 1985	Lugar de nacimiento Chita Boyacá		
Dirección domicilio / Barrio Calle 75 Bis sur # 20-15		Ciudad Bogotá	
Teléfono		N°. Celular 3194618677	
Correo electrónico mini40haraalardon2004@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. 1002269813	(**) Libreta militar No. _____		Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito No. _____		Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____	Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Tener un buen Comportamiento, Responsabilidad y cumplimiento en el cargo asignado

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En que empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/>
¿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"/>
¿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 type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre del arrendador Sonia nuñez	Teléfono 3213414118 ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 años
¿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? \$ _____	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ _____
¿Por qué conceptos?	
¿Cuál es su principal afición?	¿Práctica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____	

09633680



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted 3		Parentesco Hijos	
Edades 16, 20, 22 años		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Marcos Alarcon		Agricultor	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Maria Josefa Ura		Agricultora			
Jairo Alarcon		Soldador		3048443970	
Cristina Alarcon		Agricultora		3214969359	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1999	5	Quinto	Antonio Ricaute	Bogotá
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la Institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Out Sorsing Season LTD		MINIMO		Carrera 21 A# 35-94		638 75 75	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Auxiliar de servicios Generales				01 M 06 A 20		20 M 03 A 21	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
		\$ MINIMO		\$			
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Julieth Pedraza				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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica MINIMO	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de Servicios Generales		Área del cargo	Fecha Ingreso D 25 M 01 A 23	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$ MINIMO	Sueldo Final \$	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina				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 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 Jairo Alexis Peña	Ocupación Auxiliar de Servicios varios	Dirección	Teléfono 3208482914
2.	Nombre Maria Consuelo Botia	Ocupación Auxiliar de Servicios generales	Dirección	Teléfono 3147541624

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

1.	Nombre Daniel Esteban Cerinza	Ocupación Tecnico sistemas	Dirección Calle 75 Bis sur #20-15	Teléfono 3045221083
2.	Nombre Marilyn Cerinza	Ocupación Auxiliar de Pista	Dirección	Teléfono 323328684

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 § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Mini Johana Alarcón C.C. 1062269813</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

OP
52537



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: MINI JOHANA ALARCON URA
Fecha de nacimiento: 24/12/1985
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1002269813
Edad: 38 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 06:42:37
Fecha salida: 2024-03-13 / 06:42:37



EXÁMENES REALIZADOS

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

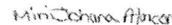
CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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



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

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



MINI JOHANA ALARCON URA
CC: 1002269813
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
MINI JOHANA ALARCON URA	C.C.	1,002,269,813	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 Alfonso		Nombre(s) del aspirante Yennifer	
Fecha de nacimiento 10 M 05 A 87	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio Cll 76 sur No 17A 04		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 312-5-15-69-91	
Correo electrónico alfonso4987.yuliana@gmail.com		Nacionalidad	
Profesión, ocupación u oficio operaria		(*) Estado civil Separada	Años de experiencia laboral 10 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 4.000.803.836		(**) Libreta militar N°	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito N°	
Tarjeta profesional N°		¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría	



DOCUMENTACION

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

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona honesta, comprometida, responsable y dedicada a mis labores. Con muy buena actitud para trabajar en equipo soy una persona productiva, con capacidad de adaptación y trabajo en equipo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servitimpiza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obras labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿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 Legia Borda.	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? 5 años	
¿Por qué conceptos? Alquiler, Servicios, Alimentación, etc.		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.300.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Cuanto es su aspiración salarial? \$	
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

93992666

717021241007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Maigariela Alfonso		Ama de casa	
312-6-15-69-91		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
316-8-23-13-25		Andrés F Alfonso		Empleado	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1997	5	I.E.D Primaria	Baldvento	Bagotá
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2009	6	Bachiller	Jose Celestino Mutis	Bagotá
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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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)	
Berv Limpieza							
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Operaria				23/03/23		D M A	
Sueldo Inicial		Sueldo Final					
\$1.207.000		\$1.362.000					
Funciones realizadas							
oficios varios Atención al cliente.							
Aseo, Limpieza y desinfección.							
Nombre de su jefe inmediato		Cargos					
Jerson Roldán, Jheth Fula		Supervisores.					
Logros obtenidos							
Aprendizaje.							
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"/>		Obras 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							
Termino Comercial							

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección CiA 25 B N° 77-12	Teléfono(s) 4-84-91-20	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 10 A 22	Fecha Retiro 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$1.760.000
Sueldo Final \$1.760.000				
Funciones realizadas Aseo y desinfección, servicio al cliente.				
Nombre de su jefe inmediato Tatiana Marrugo		Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Aprendizaje				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> Obras 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 Termino Comercial				

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted LABO. Limpieza Institucional	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 12 A 21	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$1.000.000
Sueldo Final \$1.000.000				
Funciones realizadas Aseo y desinfección, servicio al cliente				
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro		Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Aprendizaje.				
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> Obras Labor		
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		
Motivo del retiro Termino Comercial.				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Julio Andres chavez	Asistente.	C11 76 B N° 6-75	312-4052488.
	Jose Ciprian.	Independiente.		311 8-63-67-72
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Margarita Alfonso	Amá de casa	C11 76 B N: 17A04	312-5-20-42-28
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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>Chavez c.c. 41000.803.836</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

[The page contains faint, illegible handwritten notes on lined paper.]

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: YENNIFER YULIANA ALFONSO
Fecha de nacimiento: 10/05/1987
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1000803836
Edad: 36 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:31:36
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:37:31



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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

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

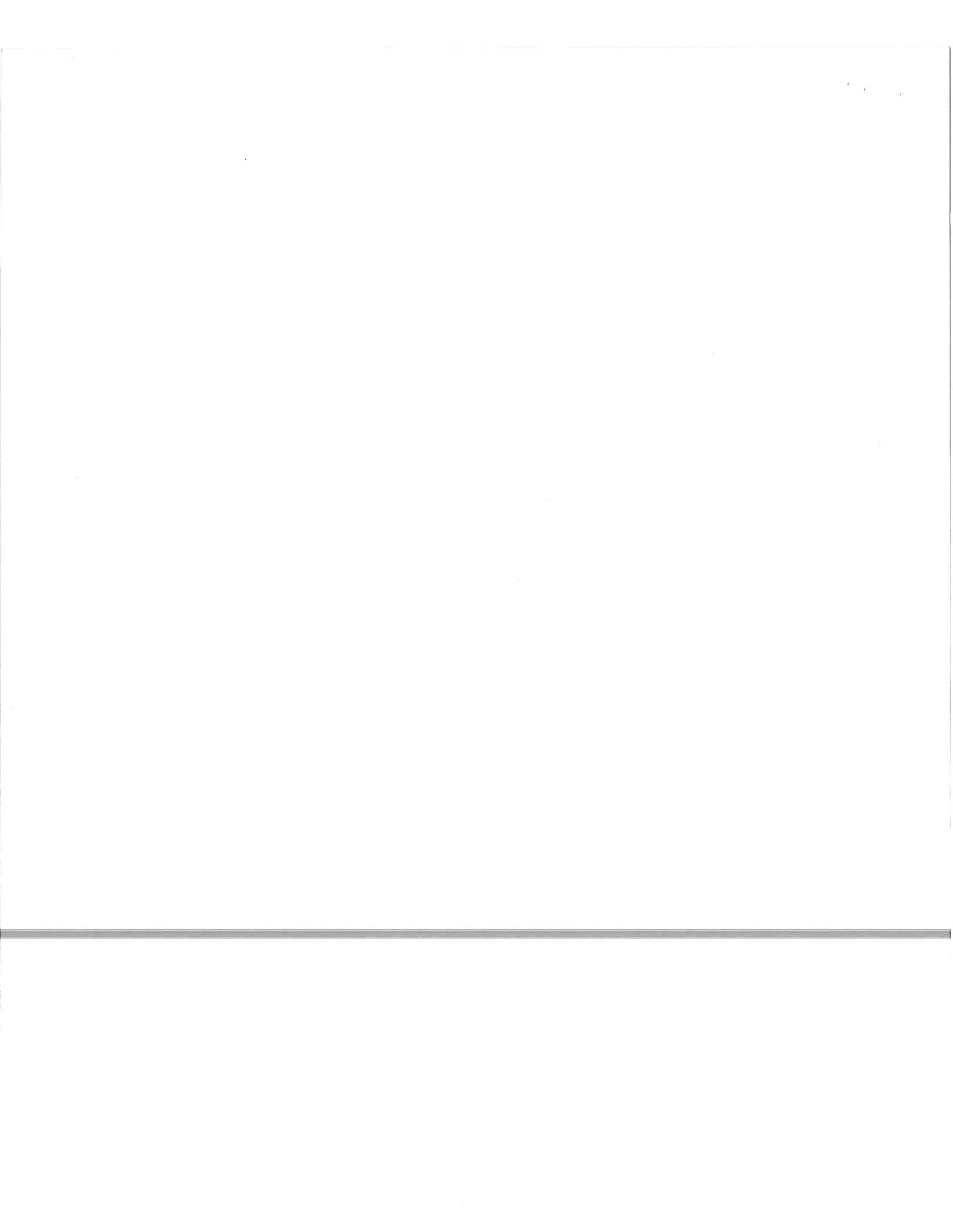
YENNIFER YULIANA ALFONSO
CC: 1000803836
Firma del paciente

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 Versailles - 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
YENNIFER ALFONSO YULIANA	C.C.	1,000,803,836	18/03/2024

Cordialmente,

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



Fecha	Empleo o cargo al que aspira
04 M 03 2024	OPERARIA DE ASEO AUX CAFETERIA.

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Alvarez Aguirre		Nombre(s) del aspirante Erika Liliana	
Fecha de nacimiento 29 M 12 1997		Lugar de nacimiento la victoria Boyaca.	
Dirección domicilio / Barrio Kr 46 A #68 908 sur		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 312 5499638	
Correo electrónico erikaalvarezaguirre2017@gmail.com		Nacionalidad colombiana.	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales		(*) Estado civil separada.	Años de experiencia laboral 8 años.

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1033741958.	(**) 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"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

no pude terminar mis estudios pero me considero una mujer con mucha actitud para seguir aprendiendo y responsabilidad. Para hacer mis labores que se me otorguen.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza.	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Indefinido.
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? Empalme.	
¿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 Marcos.	Teléfono ¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 1 mes.
¿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? \$ 1'200.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo Aumentación Transportes Vestuario. Etc.		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El asignado.	
¿Cuál es su principal afición? Montar bicicleta.		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

93938525



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		Parentesco		Edades	
No. de personas que dependen económicamente de usted 7		Hija.		6 años.	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
MISAE Alvarez		Agricultor			
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Maria Elicia Aguirre		Ama de casa			
Nelder Alvarez Aguirre		Chef		3024646726	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2008	5	Primaria	Escuela rural Elbano	Yacopy
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2015	8.		Ins. Uriel Murcia.	Yacopy
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input 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"/>	Escucha Lectura Escritura Habla				
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO. COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)
servi limpieza		7300.000	CU86D#30-21		6286740.
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial Sueldo Final
AUX cafetería operaria Aseo			24/03/2023	13/03/2024	\$ 7300.000 \$ 7300.000
Funciones realizadas					
repartición de platos lavados piso brillante de pisos.					
Nombre de su jefe inmediato			Cargo		
Kevin la los			Jefe.		
Logros obtenidos					
Experiencia laboral.					
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 type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro					
Em Palme.					

Nombre de la empresa centro Aseo.	Actividad Económica 1750-000	Dirección a 28B#77-12		Teléfono(s) 484 9120.	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux caFeteria y Aseo	Área del cargo	Fecha Ingreso 07 M 10 2022	Fecha Retiro 24 03 2023	Sueldo Inicial \$ 7750000	Sueldo Final \$ 7750000
Funciones realizadas reparticion debidas calientes decapado de ase y billado de pisos					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez			Cargo JEFE.		
Logros obtenidos exPERIENCIA laboral.					
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Empalme.					

Nombre de la empresa cazu	Actividad Económica 100-000	Dirección a 74#57-a42		Teléfono(s) 9164687	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo Aux cafeteria	Área del cargo 26/07/	Fecha Ingreso 26 M 07 2022	Fecha Retiro 30 M 09 2022	Sueldo Inicial \$ 7000000	Sueldo Final \$ 7000000
Funciones realizadas Billado pisos Decapados y reparticion debidas y calentar Almuerdos					
Nombre de su jefe inmediato Astrid sanches			Cargo JEFE.		
Logros obtenidos exPERIENCIA laboral					
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Empalme.					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Diana Garcia.	Ocupación operaria	Dirección Patio bonito	Teléfono 3203658007
2.	Nombre Jhon Rubio	Ocupación independiente	Dirección candelaria nueva	Teléfono 3142363140.
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Neider Acuaret Aguirre	Ocupación chef	Dirección candelaria	Teléfono 3024646726
2.	Nombre Zamid Aguirre	Ocupación Estampador	Dirección candelaria.	Teléfono 3124240683.

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 Erika Liliana A.A. C.C. 1033701958.
---	--	---

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033741958-680240

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ERIKA LILIANA ALVAREZ AGUIRRE	Identificación:	1033741958
Género:	FEMENINO Edad: 32	Teléfono:	NA Móvil: 3125499648
Fecha Nacimiento:	29/12/1991	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	KR 46 A 68 G 08 SUR	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	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.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

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

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

Andrea P Galvez Cuitiva

Dra. Andrea Galvez Cuitiva
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia: 12798
C.C. 1.026.260.179



a Liliana Alvarez A.



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

Firma y cédula del Paciente
ERIKA LILIANA ALVAREZ AGUIRRE
1033741958



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
ERIKA LILIANA ALVAREZ AGUIRRE	C.C.	1,033,741,958	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.

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all data is entered correctly and that the system is regularly updated.

3. The second part of the document outlines the various methods used to collect and analyze data.

4. These methods include surveys, interviews, and focus groups, each with its own strengths and weaknesses.

5. The third part of the document describes the process of data analysis, from cleaning the data to interpreting the results.

6. It is important to use appropriate statistical techniques and to be aware of potential biases in the data.

7. The fourth part of the document discusses the importance of reporting the results of the research in a clear and concise manner.

8. This includes writing a report that is easy to read and that provides a clear summary of the findings.

9. The fifth part of the document concludes by emphasizing the need for ongoing research and the importance of staying up-to-date on the latest developments in the field.

10. Finally, it is important to remember that research is a continuous process and that there is always more to be learned.

11. The document ends with a list of references and a bibliography, providing a starting point for further research.

12. In conclusion, this document provides a comprehensive overview of the research process, from data collection to reporting the results.

13. It is hoped that this information will be helpful to anyone interested in conducting research in this field.



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 14 M 03 A 2024 Empleado o cargo al que aspira: _____

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Alvarez Alvarez		Nombre(s) del aspirante Yeni Mantza	
Fecha de nacimiento 22 M 05 A 1985	Lugar de nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio cl 68 cbis # 112a-54.		Ciudad Bogotá	
Teléfono 3124526294.		Nº. Celular	
Correo electrónico YennyMantzaAlvarez273@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales.		Años de experiencia laboral 17 años	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 53'153000		Licencia de conducción No. DOCUMENTACIÓN	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Categoría	
Tarjeta profesional No.		¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	



II. PERFIL LABORAL

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

Tecnico en primera infancia, amable, humilde, compañerista.

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 Independiente <input type="checkbox"/> obra o labor	
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? empalme	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.358.000.	
¿Por qué conceptos? comida, arriendo, hijos		¿Practica algún deporte? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? Mantor bicicleta		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1'500.000.	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?			

14671947

7 702124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		Edades		20-18-07	
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="3"/>		Parentesco hijos			
Nombre(s) padre(s) Martha Alvarez		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa		Teléfono(s) 3645209	
Nombre(s) hermano(s) Andrés Felipe Alvarez		Profesión, ocupación u oficio Conductor		Teléfono(s) 3195578846	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1999	5.	Primaria	Q.E.D.A Altamira.	Bogotá
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2019	6.	Bachiller	colegio superior S. cristina	Bogotá
Educación Superior Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	2020		Tecnico	Centro de estudios pedagógicos	Bogotá
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1. ¿Qué programas maneja?		R B MB	3.	
	2.		R B MB	4.	
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1. ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
	2.		R B MB	R B MB	R B MB
Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.					

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Servilimpieza		Actividad Económica 1'207.000 dl 86d # 30-29.		Dirección 6786140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería		Área del cargo		Fecha Ingreso 24/03/2023	
Funciones realizadas Atención a funcionarios, aseo y desinfección al punto de trabajo		Fecha Retiro		Sueldo Inicial \$ 1'207.000	
Nombre de su jefe inmediato Daniel Infante.		Cargo Supervisor		Sueldo Final \$ 1'358.000	
Logros obtenidos Comprensión con los demás					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál? obra 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 easy clean.		Actividad Económica 1'160.000		Dirección Diagonal 78 Bis - # 708-34		Teléfono(s) 7437060	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería		Área del cargo		Fecha Ingreso 10 M 02 A 2020	Fecha Retiro 14 M 04 A 2021	Sueldo Inicial \$ 1'160.000	Sueldo Final \$ 1'160.000
Funciones realizadas aseo y cafetería, desinfección							
Nombre de su jefe inmediato Claudia Rodriguez				Cargo Supervisora.			
Logros obtenidos Comprensión 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 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 Compensar		Actividad Económica		Dirección cl 26 # 66A 48		Teléfono(s) 4441234	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar de cocina		Área del cargo		Fecha Ingreso 01 M 04 A 2017	Fecha Retiro 30 M 11 A 2017	Sueldo Inicial \$ 737.700	Sueldo Final \$ 737.700
Funciones realizadas producir y servir alimentos							
Nombre de su jefe inmediato Johana Rodriguez				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos Cuidado de los alimentos							
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 Vencimiento del termino							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Jhoana Benito.	Ocupación Empleada.	Teléfono 3114469832
2.	Nombre Jenny Quintero	Ocupación Empleada.	Teléfono 3138720037
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente:			
1.	Nombre Cleora Ramirez	Ocupación empleada	Teléfono 3143640613
2.	Nombre Angely Ramirez	Ocupación Estudiante	Teléfono 3219081861

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

Marque con una X

<p align="center">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 align="center">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 align="center">Firma del solicitante</p> <p align="center">Jenny Quintero c.d.</p>
---	---	---

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VIII. NOTAS ADICIONALES

[Faint, illegible handwriting on lined paper]

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: YENI MARITZA ALVAREZ ALVAREZ
Fecha de nacimiento: 22/05/1985
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 53153000
Edad: 38 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 08:16:39
Fecha salida: 2024-03-13 / 08:20:53



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:

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

DIETA BALANCEADA ANUAL
USO DE LENTES CORRECTIVOS

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

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

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

YENI MARITZA ALVAREZ
ALVAREZ
CC: 53153000
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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: YENI MARITZA ALVAREZ ALVAREZ

CC: 53153000

Fecha de nacimiento: 22/05/1985

Edad: 38 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 08:16:39

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 08:20:53

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL
3. OTRAS:: USO DE LENTES CORRECTIVOS

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

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

YENI MARITZA ALVAREZ
ALVAREZ
CC: 53153000
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

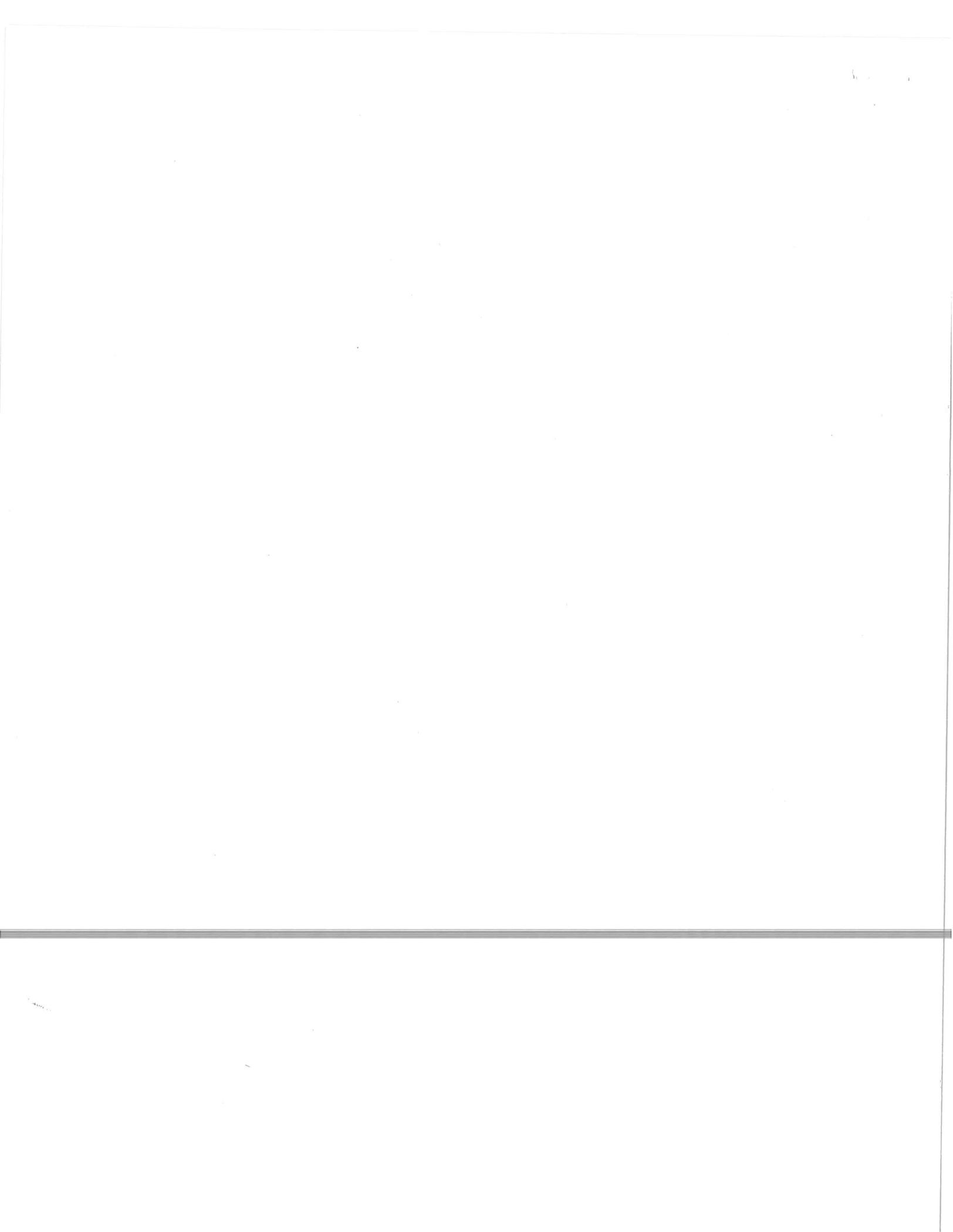
Identificación: 901677831
Número Afiliación: 9016312
Razón social: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

DATOS BÁSICOS

Nombre: YENI MARITZA ALVAREZ ALVAREZ
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 53153000
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





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
YENI MARITZA ALVAREZ ALVAREZ	C.C.	53,153,000	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 Araque Silva		Nombre(s) del aspirante Miryam	
Fecha de nacimiento D 14 M 11 A 1971		Lugar de nacimiento Paz de rio Boyaca	
Dirección domicilio / Barrio Carrera 120 32F-18^{Sur}		Ciudad Bogotá D.C	
Teléfono		N°. Celular 311 515 55 57	
Correo electrónico MiryamSilva314@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 20 Años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52 122 597	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona Responsable, Amable, honesta en mis cosas aprendo Rapido Soy amigable Sincera, Colaboradora. deseo obtener un trabajo digno para cumplir mis sueños.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que empresa? Servilimpieza S.A	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra labor Contratada
¿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 04 M 01 A 2021	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador _____	Teléfono _____ ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? _____
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual _____	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000	
¿Por qué conceptos? _____		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El minimo	
¿Cuál es su principal afición? _____		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____			

08933660

7 702124 007813



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		Parentesco		Edades	
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text"/>		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Marina Silva.		Hogar			
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Marivela Araque.		Hogar			
Juz Marino		Hogar.			

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria	1981		Primaria		Boyaca	
Bachillerato <input type="checkbox"/> Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Educación Superior <input type="checkbox"/> 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Nombre de la Institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)						
Sistemas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.	
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	
Idiomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B
	2.	R	B	MB	R	B
		R	B	MB	R	B
		R	B	MB	R	B

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)	
Casalimpia S.A			Dorcedo Calle AV 100 6 ¹³ 70		4578383	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicios Generales			D 05 M 01 2008	D 17 M 01 2021	\$ Mínimo	\$ Mínimo
Funciones realizadas: Borrar, trapar, limpiar, lavar bandejas, etc.						
Nombre de su jefe inmediato			Cargo			
Maria			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"/> ¿Cuál?		
		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro: Terminación de contrato.						

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

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección			Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial	Sueldo Final
				D	M	A	D	M	A
								\$	\$
Funciones realizadas									
Nombre de su jefe inmediato						Cargo			
Logros obtenidos									
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿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 <i>Stella Santana</i>	Ocupación <i>Independiente</i>	Teléfono <i>313 836 9022</i>
2.	Nombre <i>Maria Maldonado</i>	Ocupación <i>Independiente</i>	Teléfono <i>313 243 9064</i>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre <i>Camilo Ortega</i>	Ocupación <i>Empleado</i>	Teléfono <i>310 568 8783</i>
2.	Nombre	Ocupación	Teléfono

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><i>Miriam Araque</i> C.C. <i>5222597</i></p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes, consisting of a large rectangular box with horizontal ruling lines.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52122597-680082

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<p>Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C</p> <p>Paciente: MIRYAM ARAQUE SILVA</p> <p>Género: FEMENINO Edad: 52</p> <p>Fecha Nacimiento: 14/11/1971</p> <p>Estado Civil: SOLTERO(A)</p> <p>Dirección: KR 12 F 32 18 SUR</p> <p>Escolaridad: PRIMARIA</p> <p>Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -</p>	<p>Tipo de Examen: INGRESO</p> <p>Identificación: 52122597</p> <p>Teléfono: NA Móvil: 3115155557</p> <p>Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA</p> <p>EPS: SANITAS S.A.</p> <p>ARL: NO REPORTA</p> <p>AFP: PROTECCION S.A.</p>
--	---

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 LLEVAR ACABO SEGUIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS POR OPTOMETRIA.
KOH - FROTIS UÑAS	REALIZADO
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON RESTRICCION

Observaciones: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS POR ANTECEDENTES DE SALUD

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
EVITAR EL USO DE HERRAMIENTAS DE PRECISION Y OBJETOS CORTOPUNZANTES.	ALTERACIONES VISUALES	N

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. William L. Martínez
Esp. Seguridad y Salud
en el Trabajo
Res. 546 de 06/04/22



Miryam Araque



Médico Especialista en Salud Laboral
WILLIAM LEONARDO MARTINEZ TORRES
RM. 1072651621 Lic.546/2022

Firma y cédula del Paciente
MIRYAM ARAQUE SILVA
52122597



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
MIRYAM ARAQUE SILVA	C.C.	52,122,597	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.

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial data. This includes not only sales and purchases but also expenses and income.

The second part of the document provides a detailed breakdown of the company's revenue for the quarter. It shows that sales have increased by 15% compared to the previous quarter, which is a positive sign for the business. However, it also notes that the cost of goods sold has increased proportionally, which has resulted in a slight decrease in profit margins.

The third part of the document discusses the company's expenses. It highlights that while some fixed costs remain constant, variable costs have increased due to higher production levels. The document also mentions that the company has managed to reduce its overhead expenses, which has helped to offset some of the increases in other areas.

The final part of the document provides a summary of the overall financial performance. It concludes that while the company has achieved significant growth in sales, it must continue to focus on cost management to improve its profitability. The document also suggests several strategies for future growth, including expanding into new markets and investing in research and development.

In conclusion, the company's financial performance for the quarter has been mixed. While sales growth is a positive indicator, the increase in costs has put pressure on the profit margins. The company must continue to monitor its expenses closely and explore opportunities for cost reduction. The document also provides a clear path forward for the company, emphasizing the need for strategic planning and investment in key areas.



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 ARDILA pulido		Nombre(s) del aspirante JIMMY CAROLINA		
Fecha de nacimiento D M A 10 Jun 1985		Lugar de nacimiento BOGOTÁ		
Dirección domicilio / Barrio C218 E N 68 D 33 SUR		Ciudad BOGOTÁ		
Teléfono		N°. Celular 3 12 384 8118		
Correo electrónico Carolinaardila458@gmail.com		Nacionalidad colombiana		
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Union libre		
DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995				
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1031120358	(**) Libreta militar No.		Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: BOGOTÁ	Distrito No.		Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No.	Categoría	

II. PERFIL LABORAL

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

ME considero una persona honesta, trabajadora, responsable, honrada puedo asumir cargos y excelentes relaciones integrales y mucha capacidad para trabajar.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre	Dependencia	¿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?	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 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 natividad aguilar	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? \$ 1'000.000	
¿Por qué conceptos? arriendo, comida, vestier	¿Cuál es su principal afición?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ lo asignado	
¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

17159213



7 702124 007813 >

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
3		hijos, mamá		Edades	
19, 12, 53 años		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
claudia polido		hogar		Teléfono(s)	
3214499229		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Didier martinez Jeniffer		Trabajadores		Teléfono(s)	
3105837032		anderson martinez		2673665323	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria						
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2015	11		ACACIA "LePanto"	Bosata	
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)						
Sistemas Sí <input 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"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla	
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO. COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
servilimpieza		code		calle 860 # 30-29		6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
operaria en aseo		code		D M A		D M A	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
		\$ mínimo		\$			
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Kevin de la Hoz				Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Centro aseo		Actividad Económica	Dirección Carrera 28 B N. 77-12		Teléfono(s) 484 91 20	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de aseo		Área del cargo Super code	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D M A 	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		1 obra o 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 En palme.						

Nombre de la empresa Losu Limpieza institucional		Actividad Económica	Dirección Carrera 74 N. 510 42		Teléfono(s) 317 4048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de aseo		Área del cargo Code	Fecha Ingreso D M A 	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato Astrid Carolina 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		por obra o 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 En palme						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Henry bejarano beltron	hornamentacion	matafuegos	3204520599
2.	Sonia emilce	aseo	condelaria	
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Claudia polido	hogar	CriB e N 68^o 33	321449929
2.	Jeniffer martinez	carpinteria	Vencia	3673665323

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

 Marque con una X.

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante



C.C. **1031120358**

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

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: JIMMY CAROLINA ARDILA PULIDO
Fecha de nacimiento: 10/06/1985
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1031120358
Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:13:12
Fecha salida: 2024-03-13 / 01:13:12



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.



Dr. Karla Canelon
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

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



JIMMY CAROLINA ARDILA
PULIDO
CC: 1031120358
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

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

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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: JEIMMY CAROLINA ARDILA PULIDO

CC: 1031120358

Fecha de nacimiento: 10/06/1985

Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 01:13:12

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 01:13:12

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



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

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA



Dra. Karla Canelon
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

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



JEIMMY CAROLINA ARDILA
PULIDO
CC: 1031120358
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.



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
JEIMMY CAROLINA ARDILA PULIDO	C.C.	1,031,120,358	18/03/2024

Cordialmente,

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

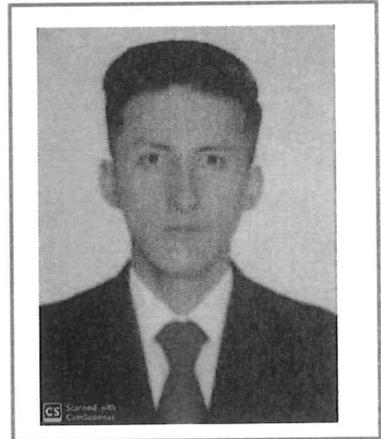
La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 16/03/2024 00:00:00 a las 16/03/2024 14:54:16

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

ARÉVALO CASTELLANOS CRISTIAN ARLEY

PERFIL LABORAL

Bachiller con énfasis en Gestión Documental, con conocimientos en coordinación y supervisión de contratos de aseo con el estado, con competencias en manejo de nómina, planes de gestión, inventarios y con destrezas en el área de seguridad y salud en el trabajo. Poseo habilidades de trabajo en equipo y bajo presión, capacidad de adaptación, liderazgo, con pensamiento crítico. Experto en manejo de herramientas ofimáticas. Cuento con buenas relaciones interpersonales, con sentido de responsabilidad y compromiso.



EXPERIENCIA

SUPERVISOR| SERVILIMPIEZA S.A. |24 MAR 23 – ACTUALMENTE

Funciones: Coordinar, supervisar y capacitar al personal en labores y /o actividades de aseo, cafetería, mantenimiento y jardinería en la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Jefe inmediato: Leonor Moreno

Teléfonos de contacto: 310 473 55 11

OPERARIO| CENTROASEO S.A.S. |30 OCT 22 -23 MAR 23

Funciones: Mantenimiento, operario líder

Jefe inmediato: Adriana Lozano

Teléfonos de contacto: 312 408 52 83

OPERARIO| LASU INSTITUCIONAL|10 ABR 21 – 30 SEP 22

Funciones: Limpieza y desinfección, operario líder

Jefe inmediato: Yuberlis Torres

Teléfonos de contacto: 313 819 62 68

OPERARIO | EASY CLEAN| 29 ENE 20 – 09 ABR 21

Funciones: Limpieza y desinfección, operario líder

Jefe inmediato: Gladys Palacios

Teléfonos de contacto: 312 335 90 65

DATOS PERSONALES

IDENTIFICACIÓN:

1.023.941.569 Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO:

11 de enero de 1995

EDAD:

29 Años

GENERO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Soltero

TELÉFONOS DE CONTACTO:

310 2 92 54 17

DIRECCIÓN:

Calle 33 7 A – 44 Sur

BARRIO:

San Isidro– Bogotá D.C.

CORREO ELECTRÓNICO:

Arevalocristian11@gmail.com

DATOS AFILIACIÓN

EPS:

Salud Total

FONDO PENSIONAL:

Porvenir

ARL:

Sura

CCF:

Compensar



FORMACIÓN ACADÉMICA

BACHILLER | IED AGUSTIN PARRA | 2014

Simijaca - Cundinamarca

SEMINARIOS, CURSOS Y OTROS

CURSOS: COMPETENCIAS EN GESTIÓN DOCUMENTAL.

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 1 OCT 2018-1 OCT 2022|

CURSO: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN ORAL.

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 13 DIC 2016 |IH: 30 Horas

CURSO: FORMACIÓN PARA AMBIENTES DE TRABAJO SEGUROS Y SALUDABLES

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 27 OCT 2016 |IH: 40 Horas

CURSO: FORMACIÓN ÉTICA PARA LA VIDA Y EL TRABAJO

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 21 OCT 2016 |IH: 40 Horas

CURSO: FOMENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO EN COLOMBIA. SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 27 SEP 2016 |IH: 60 Horas

CURSO: ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN SOCIAL APLICADO A LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA. SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 14 SEP 2016 |IH: 60 Horas

CURSO: BASES EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 30 AGO 2016 |IH: 80 Horas

CURSO: MATEMÁTICA FINANCIERA

SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje | 11 SEP 2015 - 5 OCT 2015 |IH: 40 Horas

CURSO: TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Academia ENSEP entrenamiento, seguridad y prevención SAS | 13 DIC 2014 - 15 DIC 2014 |IH: 40



REFERENCIAS

FAMILIARES

CASTELLANOS OTÁLORA NUBIA DEICY
Profesional de Economía
Supervisora – Centro de Aseo SAS
Teléfonos de contacto: 311 5 67 12 82

CASTIBLANCO CASTELLANOS ANGIE
Suboficial de Policía
Patrullera - PNC
Teléfonos de contacto: 312 3 30 96 02

BERMÚDEZ ARÉVALO CAMILO ANDRES
Estudiantes Ciencias del Deporte
Fundación universitaria Área Andina
Teléfonos de contacto: 317 7 23 58 69

CASTELLANOS OTÁLORA RUBY
Guarda de Seguridad – Secancol
Teléfonos de contacto: 313 3 99 52 65



Arévalo Castellanos Cristian Arley
C.C: 1.023.941.569 Bogotá

REFERENCIAS

PERSONALES

ASTRID CAROLINA SANCHEZ
Ingeniera ambiental
Universidad Antonio Nariño
Teléfonos de contacto: 3104999042

MARIA YERNIFER PRADA
Subdirectora Técnica de servicios Administrativos
Alcaldía Mayor de Bogotá
Teléfonos de contacto: 3005545030

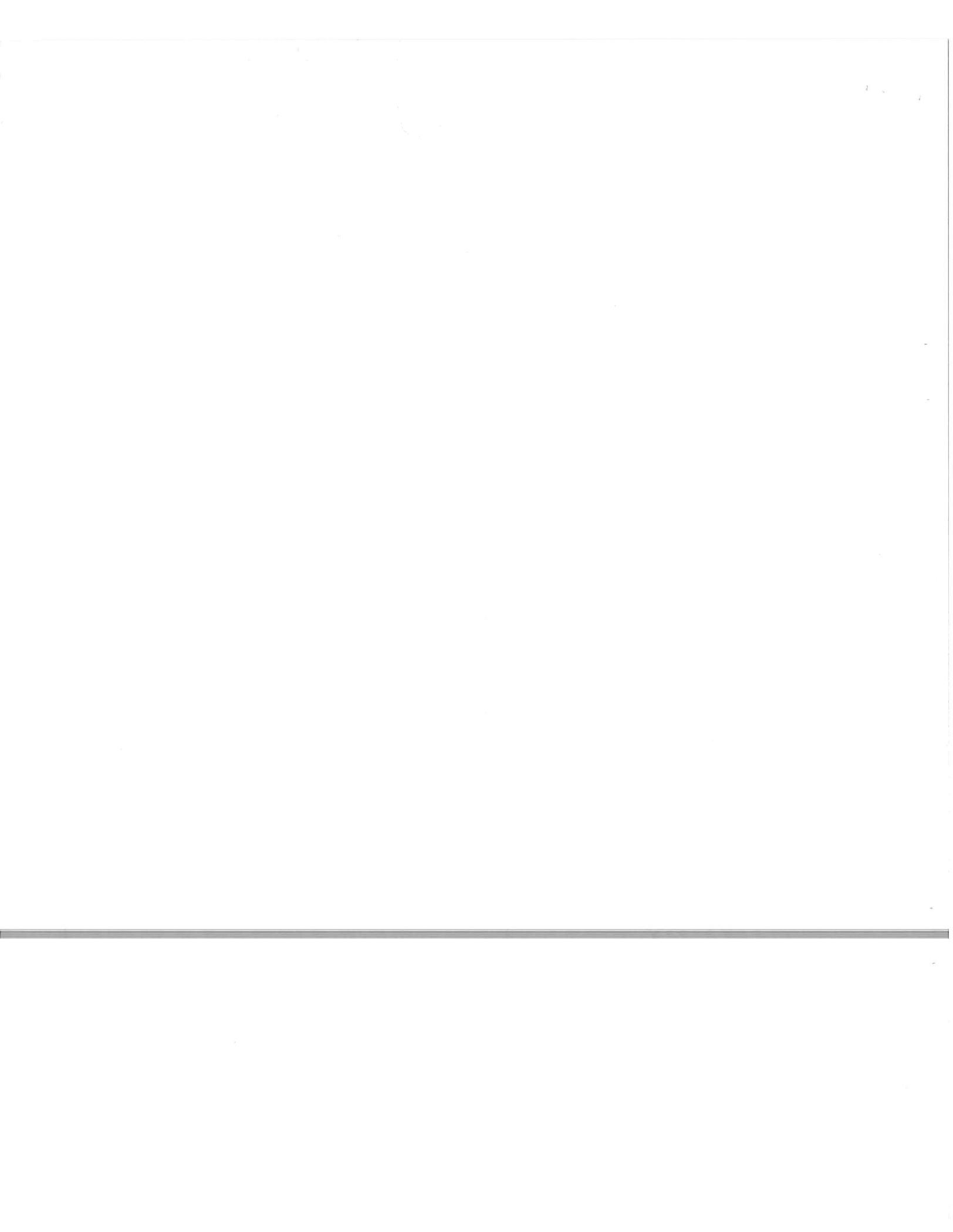
TORRES LEGUIZAMO PAOLA M.
Profesional en restauración y conservación de bienes muebles, Archivo de Bogotá.
Universidad Externado de Colombia
Teléfonos de contacto: 318 2 26 49 55

RODRÍGUEZ DAZA MONICA ALEJANDRA
Directora de Radio y Televisión
Técnico operativo de sonido – Archivo de Bogotá
Teléfonos de contacto: 313 8 07 81 36

BERNAL ANGEL
Suboficial de Policía
Intendente - PNC
Teléfonos de contacto: 313 4 03 49 80

CUERVO MELO IVAN STIVEN
Programador animación 3D
Operador cajeros electrónicos – MTS
Teléfonos de contacto: 315 6 92 86 35

DUEÑAS JOHAN ORLANDO
Licenciado en Deporte
Universidad Pedagógica
Teléfonos de contacto: 310 8 17 06 29



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1023941569-680076

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CRISTIAN ARLEY AREVALO CASTELLANOS	Identificación:	1023941569
Género:	MASCULINO Edad: 29	Teléfono:	na Móvil: 3102925417
Fecha Nacimiento:	11/01/1995	Cargo:	SUPERVISOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CL 33 SUR 7 A 44	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. CONTINUAUR USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

CONCEPTO LABORAL

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones:

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO

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

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

LEY HABEAS DATA:

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

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

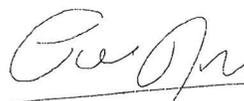
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de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

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


Dra Jennifer Cavanzo Poveda
M.D. ESR Salud ocupacional
LIC. 50 7760/2014
U. Salinas - UMS

Médico Especialista en Salud Laboral
JENNIFER CAVANZO PAVEDA
- Lic 7700/2014




Firma y cédula del Paciente
CRISTIAN ARLEY AREVALO CASTELLANOS
1023941569







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
CRISTIAN ARLEY AREVALO CASTELLANOS	C.C.	1,023,941,569	18/03/2024

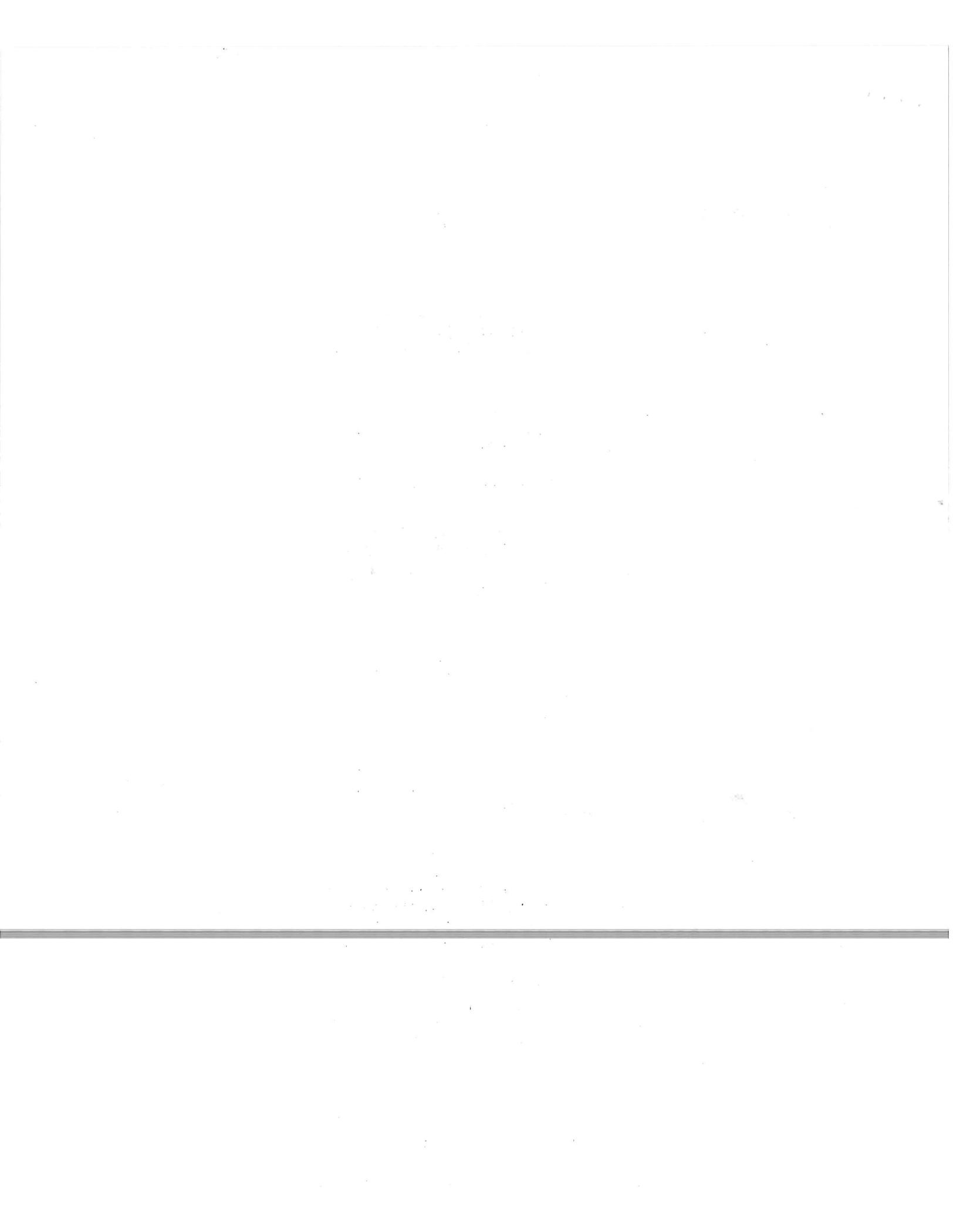
Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "fca1".

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

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

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





HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
04 M 03 A 24	operario de servicios generales

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Arevalo Medina		Nombre(s) del aspirante Maria Gladys	
Fecha de nacimiento 07 M 73	Lugar de nacimiento Sutatenza (Boy)	Ciudad Bogota	
Dirección domicilio / Barrio Kr 98 B N-71 4d			
Teléfono 7-34-30-66	Nº. Celular 3174516626	Nacionalidad Colombiana	
Correo electrónico maria73.arevalo@gmail.com		Profesión, ocupación u oficio	
(*) Estado civil		Años de experiencia laboral	



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52164364	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____

II. PERFIL LABORAL

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

Soy bachiller y tecnica en auxiliar del cuidado de la primera infancia con 1 año de experiencia.

Y cuatro años de experiencia como operaria de servicios generales.

Me caracterizo por ser una persona honesta, responsable, sencilla y trabajadora.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input 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? \$ 1'400 000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ S.M.L.V
¿Cuál es su principal afición? El deporte	¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? baloncesto	
¿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)? _____			

17500854



7 702124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Giovanni Benitez		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Empresa donde trabaja Independiente	
Cargo actual Independiente		Dirección KR-98 BN 714a	Teléfono 310 7580130	Ciudad Bogota.	
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="2"/>		Parentesco hijos		Edades 15 años 17 años	
Nombre(s) padre(s) Beltrania Medina		Profesión, ocupación u oficio Hogar		Teléfono(s) 3114589384	
Nombre(s) hermano(s) Marco Tulio Arevalo		Profesión, ocupación u oficio Fallecido		Teléfono(s) 7-03-22-40	
Nombre(s) hermano(s) Marlen Arevalo		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Teléfono(s) 7-03-22-40	
Nombre(s) hermano(s) Julia Yamile Avila		Profesión, ocupación u oficio Operaria S. General		Teléfono(s) 3143435458	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	92	11	bachiller	Isabelita Tejada	Bogota
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	R	<input checked="" type="checkbox"/> MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B MB	4.	R B MB
Idiomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	Escritura		Habla	
		R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
		R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO. COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Limpieza institucional Lasu		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria servicios generales		Área del cargo	Fecha Ingreso 20/04/21	Fecha Retiro 20/09/22	Sueldo Inicial \$ Mínimo
Funciones realizadas cafetería, limpieza y desinfección		Sueldo Final \$ Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez			Cargo Supervisora		
Logros obtenidos Experiencia a nivel laboral					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra 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 Em palme					

Nombre de la empresa EASY CLEAN GYE S AS		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted auxiliar de servicios generales		Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 02 A 20	Fecha Retiro D 20 M 03 A 21	Sueldo Inicial \$ 908.526	Sueldo Final \$ 908.526
Funciones realizadas cafeteria Limpieza y desinfeccion						
Nombre de su jefe inmediato Pedro Montenegro				Cargo Supervisor		
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		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 Em pal me						

Nombre de la empresa Centro aseo		Actividad Económica	Dirección CR-28 N 77-12		Teléfono(s) 484 9120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de servicios gener		Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 13 M 02 A 23	Sueldo Inicial \$ 1460.000	Sueldo Final \$ 1460.000
Funciones realizadas operaria de aseo y cafeteria						
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez				Cargo		
Logros obtenidos Experiencia a nivel 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 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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.				
2.				

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

Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>Clara Acosta</i> C.C. 52.164.364</p>
--	--	---

OP
55344

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52164364-680308

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA GLADYS AREVALO MEDINA	Identificación:	52164364
Género	FEMENINO Edad: 50	Teléfono	NA Móvil: 3174516626
Fecha Nacimiento:	7/10/1973	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 98B 51 49	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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. Leydi Duarte Garcia
Especialista en Salud Ocupacional
RES. 0475 RM: 1026267275
U. Rosario



Médico Especialista en Salud Laboral
LEYDI PATRICIA DUARTE GARCIA
-1026267275



Firma y cédula del Paciente
MARIA GLADYS AREVALO MEDINA
52164364



**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 GLADIS AREVALO MEDINA	C.C.	52,164,364	18/03/2024

Cordialmente,

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

100

100

100



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	Auxiliar servicios Generales.

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Asprilla Londoño.		Nombre(s) del aspirante Rosaura		
Fecha de nacimiento D 15 M 04 A 1974		Lugar de nacimiento Quibdo - Choco		
Dirección domicilio / Barrio 011806 Sur #14-06.		Ciudad Bogotá		
Teléfono		N°. Celular 3045479405		
Correo electrónico asprillarosaura@gmail.com		Nacionalidad Colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar servicios generales		(*) Estado civil Soltera.	Años de experiencia laboral 12	

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 35602050	(**) Libreta militar No.	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Quibdo Choco	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me he desempeñado en limpieza de oficinas areas comunes
Cafeteria reparto de bebidas calientes y frias
aseo de bacterias.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? servi limpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre Juz Moreno		Dependencia Aux. Servicios Generales.	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 Emilee Alegria	Teléfono 3167604925
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 6 años	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1000,000		
¿Cuál es su principal afición? Cocinar.	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ lo acordado		
¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19108983

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Mara Jorgina Fallecida			
Nombre(s) hermano(s)		Jairo Asprillo		Empleado	
Teléfono(s)		Jon Asprillo		Guarda de seguridad	
Teléfono(s)				3218788555	
Teléfono(s)				3147068760	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1988	5	Básica primaria	San Judas Tadeo	Quibdo
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/>					
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Serv. Limpieza				C/186 D# 30-24		3134502089	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Autoservicios Generaler				24/03/2023			
Sueldo Inicial		Sueldo Final		Funciones realizadas			
\$ 5mlv		\$ 5mlv		Atención Limpieza áreas comunes			
Nombre de su jefe inmediato		Cargos		Nombre de su jefe inmediato			
Janeth Fola.		Supervisora.		Contrato alcaidía Mayor Bogota			
Logros obtenidos		Mayor organización					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
A labor				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Motivo del retiro			

VALDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPREMIENDO ESTAS DOS HOJAS

VALDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPREMIENDO ESTAS DOS HOJAS

Nombre de la empresa Centro Aseo.		Actividad Económica	Dirección Crr 286 # 77-12		Teléfono(s) 4869120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar servicios generales.		Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 2022	Fecha Retiro D 23 M 03 A 2023	Sueldo Inicial \$ Smlu	Sueldo Final \$ Smlu
Funciones realizadas Cafeteria Limpieza de oficinas						
Nombre de su jefe inmediato Janeth Fula.			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"/> A labor		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro Terminación de contrato.						

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección Crr 74 # 51 A 42		Teléfono(s) 6019164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux servicios Generales		Área del cargo	Fecha Ingreso D 15 M 04 A 2021	Fecha Retiro D 30 M 09 A 2022	Sueldo Inicial \$ Smlu	Sueldo Final \$ Smlu
Funciones realizadas Cafeteria Limpieza areas comunes Contrato con						
Nombre de su jefe inmediato Freddy Guzman			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 type="checkbox"/> A labor		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro Terminación de contrato						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Claudia Catolico	Ocupación Aux Administrativo	Dirección Alcaldia Mayor de Bogota.	Teléfono 3115976667
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Dq81 # 170 31 Sur	Teléfono 3054555531

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

1.	Nombre Yirlesa Rodriguez	Ocupación Agente educativa.	Dirección Cll 806 sur # 14-06	Teléfono 3208919010.
2.	Nombre Yiwel Cabrera.	Ocupación Tecnologo en mercaeo.	Dirección Cll 806 sur # 1406	Teléfono 3102728536

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.
---	---	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35602050-680041

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 12 mar. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: ROSAURA ASPRILLA LONDOO
Género: FEMENINO **Edad:** 49
Fecha Nacimiento: 15/04/1974
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALLE 80 N 14 06
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 35602050
Teléfono: NA **Móvil:** 3045479405
Cargo: OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
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., 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

Patsy K. Páez M.
Médica
Especialista en Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
RM 25342304



Rosaura ASPilla



Médico Especialista en Salud Laboral
PATSY KRUVSKAYA PAEZ MUÑOZ
R.M:25342304 Lic 6223/2016

Firma y cédula del Paciente
ROSAURA ASPRILLA LONDOO
35602050



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.

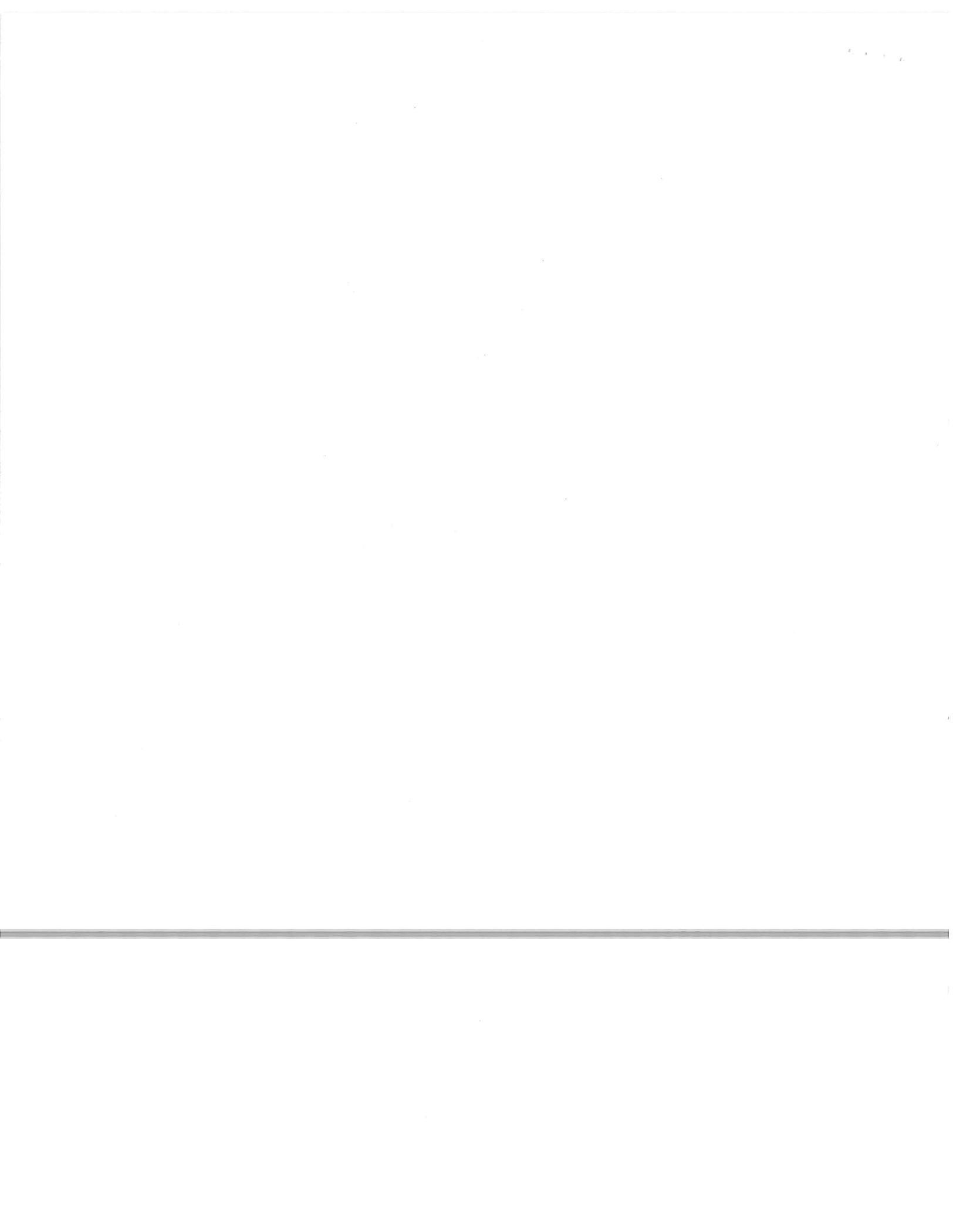
Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ROSAURA ASPRILLA LONDOÑO	C.C.	35,602,050	18/03/2024

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.





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 Auila		Nombre(s) del aspirante Adriana Milena	
Fecha de nacimiento D 22 M 02 A 1983	Lugar de nacimiento Bogota		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 3138155085	
Correo electrónico AdrianaMilenaAuila56@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil Union Libre	Años de experiencia laboral 22 años

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 83005655	(**) Libreta militar N°		Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito N°		Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller, e trabajado en cafeterías, casas de familia, en el club de policía y actualmente en la alcaldía. Soy una persona honesta, responsable, dedicada a mi trabajo, cumplida, respetuosa.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Alcaldía Mayor	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra y labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input 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 Luis Alfonso Flores	Teléfono 313 3841534
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 Años	
¿Por qué conceptos? Alimento, servicios, Alimentación, Vestuario	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000	¿Cuanto es su aspiración salarial? \$ El asignado	
¿Cuál es su principal afición? Escuchar música	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o) Hedum Yesilff Pabon		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección cil 79 sur # 76-02	Teléfono 323 206 1240		Ciudad Bogotá
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="checkbox"/>		Parentesco		Edades	
Nombre(s) padre(s) Marlene Avila		Profesión, ocupación u oficio Vendedora		Teléfono(s) 3114892680	
Ricardo chavez		conductor		3504991322	
Nombre(s) hermano(s) Eduardo, Camilo y		Profesión, ocupación u oficio Independientes y		Teléfono(s) 3229669895	
Brayan Avila		contador Publico		3209344404	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1996	5	Primaria	San Isidro	Bogotá
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2002	6	Bachiller	San Gregorio Aremador	Bogotá
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas SI <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 SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Centro Aseo		Actividad Económica	Dirección Carretera 286 # 7712		Teléfono(s) 6068433
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Aseo		Área del cargo	Fecha Ingreso 3 10 2022	Fecha Retiro 23 3 2023	Sueldo Inicial \$127000
					Sueldo Final \$1200.000
Funciones realizadas Hacer Aseo en Oficinas, Areas Comunes, baños, Cafeteria, Atender puntos de cafe.					
Nombre de su jefe inmediato Janneth Pula			Cargo Jefe inmediato		
Logros obtenidos Experiencia					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> obra y labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro terminacion de contrato					

Nombre de la empresa SesPem.		Actividad Económica		Dirección Cra 3d SG A-82		Teléfono(s) 3900528	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Servicios Generales		Área del cargo		Fecha Ingreso D 29 M 3 A 2022	Fecha Retiro D 19 M 08 A 2022	Sueldo Inicial \$ 1'300.000	Sueldo Final \$ 1'300'000
Funciones realizadas Hacer Aseo							
Nombre de su jefe inmediato Johanna Behrreaga.				Cargo Jefe Inmediato			
Logros obtenidos Experiencia.							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? obra y labor.			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Motivo del retiro Voluntario.			

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Luz Miriam Nievez.	Ocupación Amante de casa.	Dirección Calle 75 cbis #8-37.	Teléfono 3204518467.
2.	Nombre Yuli. Palbon.	Ocupación Amante de casa.	Dirección Calle 75 cbis #8-37.	Teléfono 3212408872.
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Martene Avila.	Ocupación Vendedora.	Dirección Cra. 4 #82-35 sur.	Teléfono 3114892680.
2.	Nombre Hedlum Yesith Palbon.	Ocupación Independiente.	Dirección Calle 79 sur #8-76.	Teléfono 3232061240.

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>Leticiana Milena de la Cruz C.C. 53005655</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

1. El primer punto a considerar es el tipo de terreno que se va a utilizar para el cultivo. Esto es importante porque el tipo de suelo y la topografía del terreno pueden afectar significativamente el rendimiento de los cultivos.

2. Otro aspecto importante es el clima. El clima puede afectar el crecimiento de los cultivos y el momento de la cosecha. Es importante tener en cuenta el clima local y planificar el cultivo en consecuencia.

3. El tercer punto a considerar es el tipo de cultivo que se va a utilizar. Hay una gran variedad de cultivos que se pueden utilizar en diferentes tipos de terrenos y climas. Es importante elegir el cultivo que sea más adecuado para las condiciones locales.

4. Finalmente, es importante tener en cuenta los recursos disponibles. Esto incluye el agua, el fertilizante y el equipo necesario para el cultivo. Es importante asegurarse de que se tengan todos los recursos necesarios para tener éxito en el cultivo.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 53005655-680043

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ADRIANA MILENA AVILA	Identificación:	53005655
Género:	FEMENINO Edad: 41	Teléfono:	na Móvil: 3138155085
Fecha Nacimiento:	22/02/1983	Cargo:	OPERARIA DE ASEO Y CAFETERÍA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CL 75 C BIS 8 37 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A. -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1.-----SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE. `2.-----SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES DE SEGUIMIENTO POR MEDICO TRATANTE Y/O PROGRAMA CRONICOS POR PATOLOGIA DE BASE EN ENTIDAD DE SALUD
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:

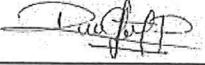
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

"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.

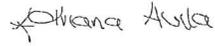
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de 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

Dra. Leydi Duarte Garcia
Especialista en Salud Ocupacional
RES. 0473 RM: 1026267275
U. Rosario



Médico Especialista en Salud Laboral
LEYDI PATRICIA DUARTE GARCIA
-1026267275



Firma y cédula del Paciente
ADRIANA MILENA AVILA
53005655



NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: ADRIANA MILENA AVILA
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 53005655
Nombre Empresa en Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
Nombre Sucursal: SUCURSAL UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Nombre Centro de trabajo: CENTRO DE TRABAJO 2
Tasa de Riesgo: 1.044

NOVEDADES

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



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Briceno Meza	Nombre(s) del aspirante Yibeixy
Fecha de nacimiento D M A 01 10 1986	Lugar de nacimiento Venezuela
Dirección domicilio / Barrio CL69C NO 73 H SUR 35 PIA	Sierra Morena
Teléfono 3212757100 -	Ciudad Bogotá
Correo electrónico Yibeixybriceno@gmail.com	Nacionalidad Venezolana
Profesión, ocupación u oficio Operaria de Aseo y desinfección	(*) Estado civil Soltera
	Años de experiencia laboral 1 año y 3 meses.
Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> N° PPT: 5026864	(**) Libreta militar N°
Extranjería: <input checked="" type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°
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

Llevo un año y tres meses prestando un servicio a funcionarios, desempeñandome en la limpieza y desinfección en oficinas, cafeterías entre otras.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servi Limpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input 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 Alexander	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? El mínimo
¿Por qué conceptos? Arriendos, servicios, Alimentación, Educación, transporte, etc.			¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es su principal afición? Me gusta la música y cantar			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635



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

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Angel Cuervo	Empleado	Suba	3217258972
2.	Diana Rojas	Independiente	Sierra Morena	3208438608
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	José Baley	Empleado	Sierra Morena	3212646822
2.	Randy Briceño	Empleado	Sierra Morena	3224460563

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 § 107 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p></p> <p>C.C. RA. 5026864</p>
--	---	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

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: YIBEIXY BRICEÑO MEZA
Fecha de nacimiento: 01/10/1986
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

PE: 5026864
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:14:59
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:13:49



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ACTUALIZAR FORMULA EN GAFAS, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

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. Katherin Cortes Acosta
Médica Ocupacional
E.N. 1103335217 - Especialista S11
Licencia 1265 - 72-026017

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

YIBEIXY BRICENO MEZA
PE: 5026864
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 Versailles - Cartagena -
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: YIBEIXY BRICEÑO MEZA
Fecha de nacimiento: 01/10/1986
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

PE: 5026864
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:14:59
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:13:49



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ACTUALIZAR FORMULA EN GAFAS, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
3. OTRAS:: CONTROL MEDICO EN EPS, SE SUGIERE USO DE MEDIAS ANTIVARICE

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

YIBEIXY BRICEÑO MEZA
PE: 5026864
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
YIBEIXY BRICEÑO MEZA	C.C.	5,026,864	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.

The first part of the document
 discusses the importance of
 maintaining accurate records
 and the role of the
 auditor in this process.

It also highlights the need for
 transparency and accountability
 in financial reporting.

The second part of the document
 focuses on the specific
 requirements for auditing
 financial statements.

This section provides a detailed
 overview of the auditing
 process and the standards
 that must be followed.

The final part of the document
 discusses the challenges
 faced by auditors and
 the importance of
 continuous professional
 development.

It concludes by emphasizing
 the role of the auditor
 in ensuring the integrity
 of the financial system.

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	Operario de Mantenimiento

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Baena Fontalbo		Nombre(s) del aspirante Yorbis Jose	
Fecha de nacimiento D M A 02 01 1986	Lugar de nacimiento Margarita Bolivar		
Dirección domicilio / Barrio Carrero 115 No 67a - 65		Ciudad Bogota	
Teléfono 6048475		No. Celular 3245922521	
Correo electrónico Yorbisbaenafontalbo@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Operario de Mantenimiento		(*) Estado civil Soltero	Años de experiencia laboral 5 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1049945027	(**) 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

Responsable honesto al cumplir mis trabajo con excelente rendimiento en mi trabajo con un énfasis de ordenes a mi superiores, con una capacidad de trabajar en equipos y recibir mi puesto de trabajo en orden y organizado al entregarlo a mis compañeros

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Josu	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato obra laboral
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿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 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 Carlos Camacho	Teléfono 3204969668
¿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? Sostenimiento Familiar y Personal		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1150.000 \$	
¿Cuál es su principal afición? trabajo con dibujo de fisable		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

717021241007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono		Ciudad	
No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco		Edades		
2	Madre y Hermano		63 y 21 años		
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Gladis Baena		Domestica		3223228711	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Yohande Baena		Oficio Varios		3202805950	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1999	5	Primaria	Unidad Educativa Por Raul Cuenca	El Guayabo
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2005	6	Bachiller	Higüel Antonio Cera	Barranquilla
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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución	Horario		Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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)	
El Jollo Dorado 68			Carrera 68a N°111-63	8000 268	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial
Oficio Varios			09.03.2019	04.04.2020	\$1000000
Funciones realizadas		Sueldo Final			
Auxiliar logístico		\$1000000			
Nombre de su jefe inmediato		Cargo			
Sandro Robles		Jefe			
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro					
Motivo Personal					

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección Carrera 28b No 77-12	Teléfono(s) 86068433		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario de Mantenimiento	Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 10 2022	Fecha Retiro 03 M 03 2023	Sueldo Inicial \$ 1200.000	Sueldo Final \$ 1200.000
Funciones realizadas Operario de Mantenimiento					
Nombre de su jefe inmediato Sandri		Cargo Jefe			
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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro terminacion de Contrato					

Nombre de la empresa Servilimpieza	Actividad Económica	Dirección cl 86d #30-21	Teléfono(s) 3134502089		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario Mantenimiento	Área del cargo	Fecha Ingreso 23 M 03 2023	Fecha Retiro	Sueldo Inicial \$ 1200.000	Sueldo Final \$ 1200.000
Funciones realizadas Operario de Mantenimiento					
Nombre de su jefe inmediato Yoneth		Cargo Jefe			
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 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 Diana P	Ocupación Operario Servicio	Dirección Cm 44 # 39-48	Teléfono 3213682960
2.	Nombre Yohander B	Ocupación Oficio Varío	Dirección Crr 115 # 679-65	Teléfono 3202803950

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

1.	Nombre Gladis B	Ocupación ama de Casa	Dirección Cartaguna (Hatoya)	Teléfono 322328711
2.	Nombre Yohander B	Ocupación Oficio Varío	Dirección Crr 115 # 679-65	Teléfono 3202803950

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>Yobis José Baena Fontalbo C.O. 1049945027</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Nombre de la empresa = Easy Clean
Cargo = operario de Mantenimiento

Dirección = 114 Bis No 206 - 29

Teléfono = 7432060

Jefe = Pedro Montenegro

Fecha de ingreso = 14-10-2020

Fecha de Retiro = 04-04-2021

Motivo de Retiro = Finalización de Contrato

Nombre = Yorbis José Baena Fontalbo.

ca. = 1049945027

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1049945027-680122

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	YORBIS JOSE BAENA FONTALBO	Identificación:	1049945027
Género	MASCULINO Edad: 38	Teléfono	na Móvil: 3245922521
Fecha Nacimiento:	2/01/1986	Cargo:	OPERARIO DE MANTENIMIENTO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	KR 115 67 A 65	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	NO REPORTA
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 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.

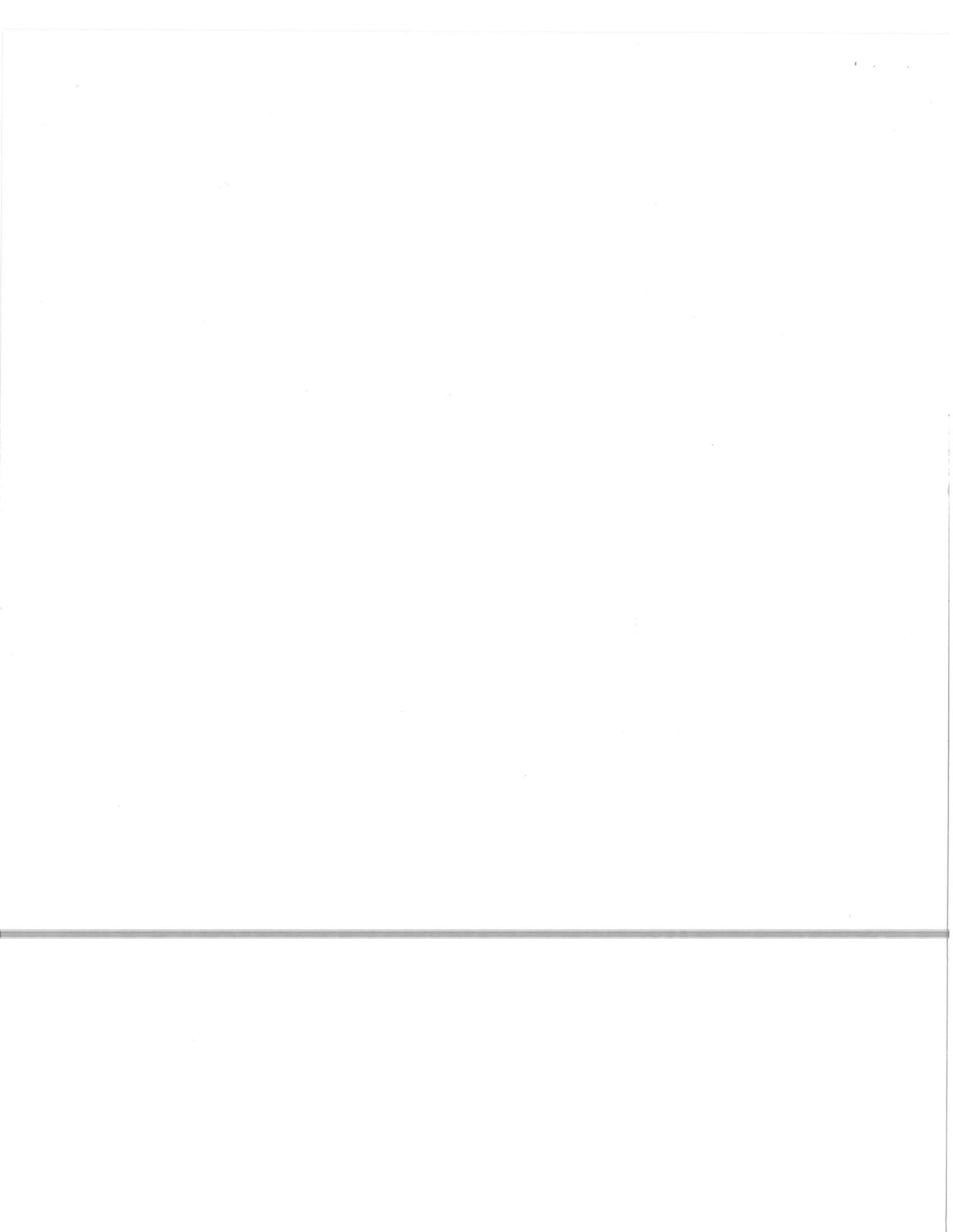
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

Dra. Natalia Beltran
Médica Cirujana especialista S.S.T.
R.M. 5504/548



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

Firma y cédula del Paciente
YORBIS JOSE BAENA FONTALBO
1049945027





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

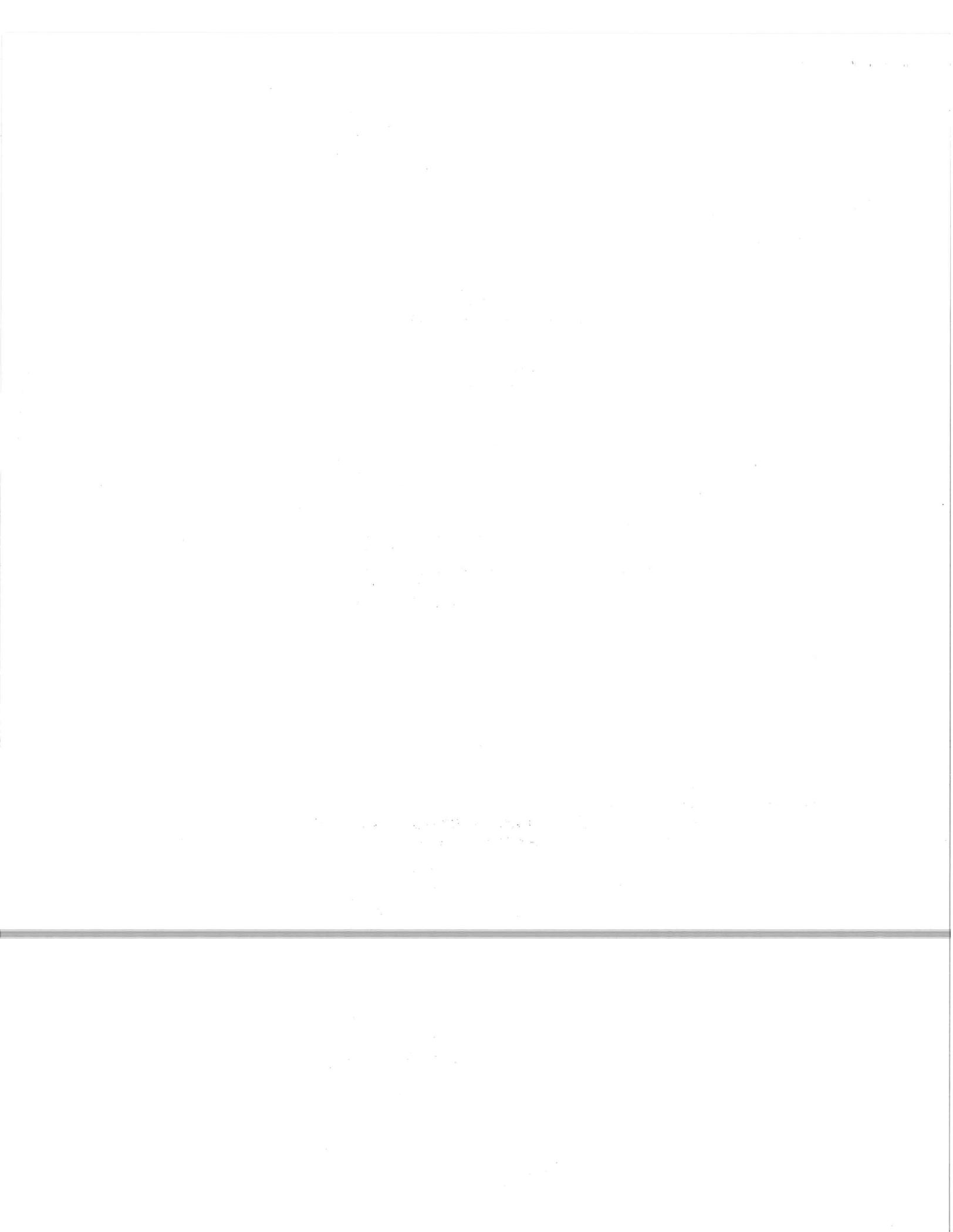
CERTIFICA

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
YORBIS JOSE BAENA FONTALBO	C.C.	1,049,945,027	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

www.formasminerva.com

Fecha: D 15 M 03 A 21 Empleo o cargo al que aspira: _____

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Bermudes Higuita		Nombre(s) del aspirante LUZ MARABEDY	
Fecha de Nacimiento D 04 M 04 A 1982		Lugar de Nacimiento Hanzanares Caldas	
Dirección domicilio / Barrio Diaq 73 # 181-04 Vista hermosa		Ciudad Bogota	
Teléfono 322341446		No. Celular 322341446	
Correo electrónico MarilaPaiza@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 9 AÑOS
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52734140		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____		Licencia de conducción N° _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional 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

No me considero una persona respetuosa, cumplida, con mis horarios laborales, soy honesta, responsable y buena compañera.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿En qué empresa? _____		Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato _____	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Fecha D ____ M ____ A ____		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre _____		Dependencia _____		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	
Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre del arrendador Pedro Nel	
Teléfono 30040958003		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 AÑOS		¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual Un Millon Cien mil Pesos.	
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$1.000.000		¿Cuánto es su aspiración salarial? El Asignado		¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, transporte, estudio, personal		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuál es su principal afición? Continuar mis estudios		¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)? _____		_____	

456020572

7170212200181

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		N° de personas que dependen económicamente de usted 3		Parentesco 2 Hijos 1 Nieta	
Edades 23-11-6 Años		Nombre(s) padre(s) Pedro Nel Bermudez		Profesión, ocupación u oficio Fallecido	
Teléfono(s)		Nombre(s) hermanos(s) Jose Leonel Bermudez		Profesión, ocupación u oficio Maestro de Construcción	
Teléfono(s) 3004095800		Nombre(s) Leidy Bermudez		Profesión, ocupación u oficio Niñera.	
Teléfono(s) 3142517222					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD	
Primaria						
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2008	9°	Secundaria	Colegio Canapio	Bogotá	
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>						
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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB		
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB		
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla	
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servilimpieza		Actividad Económica		Dirección CIBBd # 30-21		Teléfono(s) 62861402	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de Asco y Cafetería		Área del cargo		Fecha Ingreso 12/10/23		Fecha Retiro	
Funciones realizadas Operaria de Asco y Cafetería				Sueldo Inicial		Sueldo Final	
Nombre de su jefe inmediato Jeison Paramo-Saneth Fula				Cargo Supervisores			
Logros obtenidos Agradecimiento							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo		Tiempo completo <input 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 Eco Asco Sag S. AS		Actividad Económica	Dirección Av. Boyaca # 8-97		Teléfono(s) 4957546	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficinas Generales		Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 06 A 22	Fecha Retiro D 30 M 06 A 23	Sueldo Inicial \$ 1.300.000	Sueldo Final \$ 1.300.000
Funciones realizadas Operaria de Ascos Generales Limpieza y desinfección						
Nombre de su jefe inmediato Andres Sanchez			Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Agradecimiento						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?		
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 checked="" type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Terminación de contrato						

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"/> ¿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	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Karina Velasco	Operaria	Dia. 61 Sur. # 201-30	322 715 1417
	Maira Garcia	Operaria	Cribe # 65a-40	318 344 8002
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Leidy Bermudes	Niñera		314 251 7222
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Eliana Morales	Contadora Publica		310 349 3375

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

minerva
52731140
c.c. **Luz Yarabedy Baidel**

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52734140-680095
SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LUZ MARABEDY BERMUDEZ HIGUITA	Identificación:	52734140
Género	FEMENINO Edad: 41	Teléfono	0 Móvil: 3223414446
Fecha Nacimiento:	4/04/1982	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	DG 873 N 18 I 04	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., 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

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

Patsy N. Páez M.
Médica
Especialista en Salud Ocupacional y
Riesgos Laborales
RM 25342304



Luiz Marabedy Bermudez



Médico Especialista en Salud Laboral
PATSY KRUVSKAYA PAEZ MUÑOZ
R.M.:25342304 Lic 6223/2016

Firma y cédula del Paciente
LUZ MARABEDY BERMUDEZ HIGUITA
52734140



**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 MARABEDY BERMUDEZ HIGUITA	C.C.	52,734,140	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.

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial statements. This includes not only sales and purchases but also expenses and income.

The second part of the document provides a detailed breakdown of the company's assets and liabilities. It lists the various types of assets, such as cash, accounts receivable, and inventory, and provides a clear explanation of how each is valued. Similarly, it details the company's liabilities, including accounts payable and long-term debt, and explains the methods used to measure their impact on the balance sheet.

The third part of the document focuses on the company's income statement, which shows the total revenue generated over a specific period and the costs incurred to produce that revenue. It highlights the gross profit margin and the net profit, providing a clear picture of the company's overall financial performance.

Finally, the document concludes with a summary of the key findings and a recommendation for future actions. It suggests that the company should continue to invest in research and development to stay competitive in the market and to improve its financial performance over the long term.

The following table provides a summary of the company's financial data for the year 2023. The data is presented in a clear and concise format, making it easy to understand the company's financial position at a glance.

Category	Value
Total Revenue	\$1,200,000
Total Expenses	\$800,000
Net Profit	\$400,000
Assets	\$1,500,000
Liabilities	\$1,000,000
Equity	\$500,000

This table shows that the company has a strong financial position, with a significant net profit and a healthy balance sheet. The assets are well-covered by equity, indicating a low risk of insolvency.



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	

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

Apellido(s) del aspirante BOTTA Avila	Nombre(s) del aspirante Maria Consuelo
Fecha de Nacimiento D 02 M 04 A 1989	Lugar de Nacimiento Bogota
Dirección domicilio / Barrio KM 24 Via Quiba	Ciudad Bogota
Teléfono	No. Celular 3197541624
Correo electrónico Maria.botta66@gmail.com	Nacionalidad Colombiana
Profesión, ocupación u oficio Servicios Generales DOCUMENTACION	(*) Estado civil
	Años de experiencia laboral 15 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1.024.500.166	(**) Libreta militar N°
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
¿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

Yo soy bachiller y quisiera que mis hijos fueran profesionales y estar con ellos para poder algun dia tener la casa propia

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
		Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
			Nombre
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Dependencia
	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"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador
			Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.200.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? Minimo
¿Por qué conceptos?			
¿Cuál es su principal afición? Bailar	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		

466023428



IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u. oficina		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		N° de personas que dependen económicamente de usted <input type="checkbox"/> 2		Parentesco Hijos	
Edades 16, 3 años		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u. oficina	
Dora Alicia Avila		Fallecida		Teléfono(s)	
Jose Isidro Bono					
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u. oficina		Teléfono(s)	
Ingrid Carolina		Ama de casa		3142061914	
Carlos Bono		Construcción		3042235978	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD	
Primaria	2002	5	Primaria	C.E.D Plan Carreteras		
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2008	11	Bachiller	C.E.D Maria Mercedes Carranza		
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>						
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? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB		
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB		
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla	
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Centro Aseo				Cra 28 ^B N° 77-12		4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Operaria de Aseo				D 03 M 10 A 22		D 03 M 05 A 05	
Funciones realizadas				Sueldo Inicial		Sueldo Final	
Aseo Cafeteria				\$ 1'160.000		\$ 1'160.000	
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Astrid Sanchez				Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? 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 type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>							
Motivo del retiro							
Terminación de contrato.							

Nombre de la empresa LASSU	Actividad Económica	Dirección Cra 74 H 51 A 24	Teléfono(s) 3174048863		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ 1'000.000	Sueldo Final \$ 1'000.000
Funciones realizadas Aseo y mantenimiento					
Nombre de su jefe inmediato Astrid Sanchez			Cargo SUPERVISORA		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?
Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Fijo <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo		Jornada:			
Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		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		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Fijo <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo		Jornada:			
Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Blanca Cobos	Ocupación Operaria Asco	Dirección KM 24 Via Quiba	Teléfono 3058532550
2.	Nombre Beatriz Pedraza	Ocupación psicologa	Dirección KM 24 Via Quiba	Teléfono 3173778421
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Angel Pedraza	Ocupación Guarda	Dirección KM 24 Via Quiba	Teléfono 3195333480
2.	Nombre Carlos Botia	Ocupación CONSTRUCCION	Dirección Cra 69 Dos sur	Teléfono 3042235978

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 mi, 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>Caracelo Botia C.C. 1.024.500.166</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

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: MARIA CONSUELO BOTIA AVILA
Fecha de nacimiento: 02/04/1989
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1024500166
Edad: 34 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 09:47:47
Fecha salida: 2024-03-13 / 10:21:14



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:

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

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

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

Consuelo B

MARIA CONSUELO BOTIA AVILA
CC: 1024500166
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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

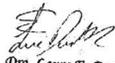
Nombres y apellidos: MARIA CONSUELO BOTIA AVILA
Fecha de nacimiento: 02/04/1989
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1024500166
Edad: 34 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 09:47:47
Fecha salida: 2024-03-13 / 10:21:14



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:


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

Consuelo B

MARIA CONSUELO BOTIA AVILA
CC: 1024500166
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.



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 CONSUELO BOTIA AVILA	C.C.	1,024,500,166	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.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

1950

PHYSICS 551

PROBLEM SET 1

DATE: _____

NAME: _____



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	

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

Apellido(s) del aspirante Butracs bobadilla		Nombre(s) del aspirante ANA OLIVERA	
Fecha de nacimiento D 17 M 02 A 76	Lugar de nacimiento Chaachi Cundinamarca		
Dirección domicilio / Barrio 2ra Bz # 62 06 Basalaraz		Ciudad BOBOTA	
Teléfono 310 565 89 79	Nº. Celular 310 565 89 79		
Correo electrónico 44butracs@gmail.com	Nacionalidad colombiana		
Profesión, ocupación u oficio Servicios generales		(*) Estado civil Unión Libre	Años de experiencia laboral

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 20485336	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Chaachi	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

7 septimo

Soy una persona responsable en mi trabajo y todas mis obligaciones buena compañera solidaria humana. recursiva

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? servilimpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Alcaldia Mayor
¿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	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" 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 Marta Rojas	Teléfono 312 303 8017
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual millon ochocientos MPl	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 12 años	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1800 000
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
¿Cuál es su principal afición? viajar, estudiar	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

18639339



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Fernando Romero		Profesión, ocupación u oficio conductor		Empresa donde trabaja Independiente	
Cargo actual Conductor		Dirección Barra: 8211 62 06		Teléfono 3219347401	Ciudad Boboita
No. de personas que dependen económicamente de usted 6		Parentesco Padres hijos compañero		Edades 75, 69 26, 9 49	
Nombre(s) padre(s) Marisela bobadilla		Profesión, ocupación u oficio ama de casa		Teléfono(s) 310 582 54 05	
Nombre(s) hermano(s) José Domingo buitrago		Profesión, ocupación u oficio agricultor		Teléfono(s) 317. 530 72 13	
Franci buitrago		trabajo independiente		324 355 36 02	
Carmen buitrago		agricultor		321 988 37 10	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	5	6			
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		7	Septimo	Ignacio Pezador	Choachi
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?			Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		3. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		
¿Qué programas maneja?	2. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		4. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Castellano		Escucha		Lectura
¿Qué idioma(s) conoce?	2. ingles		Escritura		Habla
			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
			<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 casu		Actividad Económica		Dirección Barra 747511 42		Teléfono(s)	
centro aseo				Barera 2811 77 528			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicios Generales		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Funciones realizadas Servicios Generales				D M A		D M A	
Nombre de su jefe inmediato				Sueldo Inicial		Sueldo Final	
				\$		\$	
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál?	
				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Alcaldía Mayor	
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		Fecha Retiro		Sueldo Inicial
		D	M	A	D	M
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato					Cargo	
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial
		D	M	A	D	M
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
	Andres Quiroga	contratista	calle 62 # 3209	315.3891480
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Maria del Rosario	Kalle 114 A 58 34	Call 114 A 56 34	321 726884
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Fernando Steven Romero	Mecanica Automotoz	Korra 82 # 62 ob 1250	311 224 51 12
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Fernando Romero	Conductor	Korra 82 # 62 ob 1250	321 934 74 01

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><i>[Firma]</i></p> <p>C.C. 20485336</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Blank lined area for additional notes.

OP
56240



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: ANA ODILIA BUITRAGO BOBADILLA CC: 20485336

Fecha de nacimiento: 17/02/1976

Edad: 48 Sexo: FEMENINO

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 06:48:58

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-13 / 08:54:51

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
• FROTIS FARINGEO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

• EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO PERIODICO NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1662 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

ANA ODILIA BUITRAGO
BOBADILLA
CC: 20485336
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: ANA ODILIA BUITRAGO BOBADILLA CC: 20485336

Fecha de nacimiento: 17/02/1976

Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS

Empresa usuaria:

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

Edad: 48 **Sexo:** FEMENINO

Fecha ingreso: 2024-03-13 / 06:48:58

Fecha salida: 2024-03-13 / 08:54:51



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

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO PERIODICO
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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

KAREN CUELLO
RM: 56077671
Firma y sello del médico

ANA ODILIA BUITRAGO
BOBADILLA
CC: 20485336
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANA ODILIA BUITRAGO BOBADILLA	C.C.	20,485,336	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.

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all entries are supported by appropriate evidence and documentation.

3. The second part of the document outlines the procedures for conducting regular audits and reconciliations.

4. These procedures are designed to identify any discrepancies or errors in the accounts as early as possible.

5. Finally, the document emphasizes the need for transparency and accountability in all financial reporting.

6. The following table provides a summary of the key findings and recommendations from the audit.

7. It is noted that the majority of the issues identified were minor and have been resolved.

8. However, there are a few areas where further attention is required to ensure full compliance.

9. The audit concludes that the overall financial position of the organization is sound and well-managed.

10. We recommend that the management team continue to monitor the situation and implement the necessary corrective actions.

11. The audit report is subject to the usual disclaimer and should be read in conjunction with the accompanying notes.

12. The auditor's signature and stamp are provided at the end of the report for verification.

13. The report is dated and signed by the auditor, who is a member of the Institute of Chartered Accountants.

14. The report is prepared in accordance with the relevant auditing standards and is intended for the use of the management and the board of directors.

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>Servicios Generales</i>

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante	
<i>Bermudez Martinez</i>	<i>Jenny Kimberly</i>	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
<i>16 07 81</i>	<i>Bogota</i>	
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad	
<i>Cll 157 # 97B - 64</i>	<i>Bogota</i>	
Teléfono	No. Celular	
<i>3203369492</i>	<i>3203369492</i>	
Correo electrónico	Nacionalidad	
<i>Kimberly1607@gmail.com</i>	<i>Colombiana</i>	
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
<i>Operaria. Oficinas Generales</i>	<i>Soltera</i>	<i>15</i>

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <i>52 897 266</i>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Bogota</i>	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una mujer dispuesta, disponible y con gran capacidad de adaptación a las diferentes areas y tareas que me sean asignadas con 15 años de experiencia laboral en servicios Generales y muy buenas relaciones interpersonales.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	<i>Servilimpieza</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa?
	Dependencia			Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?
		<i>brge</i>		Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describe e indique su valor mensual		Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <i>Empalme</i>
				¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos?	<i>Alimentación, arriendo, transporte, cuidado de hijo</i>		Teléfono	<i>3214851237</i>
¿Cuál es su principal afición?	<i>La musica</i>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	<i>2 años</i>
	¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	\$	<i>1.000.000</i>
		<i>ciclismo</i>	¿Cuanto es su aspiración salarial?	\$ <i>Asignado</i>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		

99926635

717021212100813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Manuel A. Bermudez Hernandez		Desempleado		3187948603	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Ana Mercedes Martinez Q.		Hogar		3213796969	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Sandra Milena Bermudez		Guarda de seguridad		3212070030	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Ginna paola Bermudez		Archivo		3142002568	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1993	6	Primaria	E.D. Altamira	Bogota
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2000	7	Bachiller	Col. Juan Evangelista 6	Bogota
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 checked="" type="checkbox"/>					
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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				C/186D#30-21		3102183085	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Oficios Generales				24/03/23			
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
Asso y cafetería		\$ minimo		\$ minimo			
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Daniel infante				Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato:		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro	
Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>		Fijo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo:		Por horas		Jornada:		Diurna	
Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica	Dirección Cm 28 B # 77-12		Teléfono(s) 322 2030188	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficinas Generales		Área del cargo	Fecha Ingreso D 1 M 10 A 22	Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas Aseo y cafetería						
Nombre de su jefe inmediato Sandini				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 checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>
						Nocturna <input type="checkbox"/>
						Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro Termino de contrato						

Nombre de la empresa LASSU		Actividad Económica	Dirección Crr 72a # 48-50'		Teléfono(s) 3174048863	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería		Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ minimo	Sueldo Final \$ minimo
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato claudia				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 checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>
						Nocturna <input type="checkbox"/>
						Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre Nestor Saganome	Ocupación administrativo	Dirección	Teléfono 3124780499
2.	Nombre Cesar Ramirez	Ocupación Funcionario	Dirección	Teléfono 3504667346
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Mercedes Martinez	Ocupación Hogar	Dirección c/ll 157A #97C 13	Teléfono 3213796969
2.	Nombre Sandra Bermudez	Ocupación Guarda seguridad	Dirección c/ll 157A #97C 13	Teléfono 3212070030

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 § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Jenny Kimberly Bermudez C.C. 57097266. Bogotá</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Blank lined area for additional notes.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52897266-680025

SEDE AUTOPISTA NORTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JENNY KIMBERLY BERMUDEZ MARTINEZ	Identificación:	52897266
Género	FEMENINO Edad: 42	Teléfono	NA Móvil: 3203369492
Fecha Nacimiento:	16/07/1981	Cargo:	OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CALLE 157 N 97 P 64	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	1.....SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA Y CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICAMENTE. 2.....SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS CON MEDICO TRATANTE EN ENTIDAD DE SALUD POR ANTECEDENTE DESCRITO
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.

Dra. Leydi Duarte García
Especialista en Salud Ocupacional
RES. 8475 RM: 1026267275
U. Rosario



Médico Especialista en Salud Laboral
LEYDI PATRICIA DUARTE GARCIA
-1026267275



Jenny Bermudez T.



Firma y cédula del Paciente
JENNY KIMBERLY BERMUDEZ MARTINEZ
52897266



**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
JENNY KIMBERLY BERMUDEZ MARTINEZ	C.C.	52,897,266	18/03/2024

Cordialmente,

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

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all data is entered correctly and consistently.

3. Regular audits should be conducted to verify the accuracy of the information.

4. The final section outlines the procedures for handling discrepancies and resolving any issues that may arise.



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 Boscan GAMARRA		Nombre(s) del aspirante Angel Armando	
Fecha de nacimiento 29 M 01 1970		Lugar de nacimiento Maracaibo - VENEZUELA	
Dirección domicilio / Barrio K12 Bis# 30F Sur-34		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3107935081	
Correo electrónico Angelboscan2970@gmail.com		Nacionalidad	
Profesión, ocupación u oficio Guarda de Seguridad		(*) Estado civil Union libre	Años de experiencia laboral 2 años



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1148150676	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Rioacha	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Dar lo mejor de mi parte laboral para poder salir adelante y darle un futuro mejor a mi familia

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
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input 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 Jose' Rojas	Teléfono 3124475979
¿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? 4 años	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.000.000		
¿Cuál es su principal afición? Futbol	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El Asignado		
¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o) Johanna Pineda		Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección Coonty Sur		Teléfono	
No. de personas que dependen económicamente de usted 1		Parentesco		Edades	
Nombre(s) padre(s) Modesta GARRAMA		Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Ciudad Boyotá					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	79	1ab	Secundario	Cristobal Colón	Maracibo
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	85	1a5	Bachillerato	Jesus E. Lossada	Maracibo
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución	Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>		Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Seguridad Rivers. R.A. SAS.		Actividad Económica	Dirección Diagonal 45B+53C-23		Teléfono(s) 81430 23
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Guarda de Seguridad		Área del cargo	Fecha Ingreso 12 05 2020	Fecha Retiro 24 05 2021	Sueldo Inicial \$1000.000
Funciones realizadas Recorredor de Conjunto Residencial		Sueldo Final 1000.000			
Nombre de su jefe inmediato Fabian Agudelo			Cargo Recursos Humanos		
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"/>	¿Cuál?
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>	Nocturna <input checked="" type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Voluntario					

Nombre de la empresa Servitotal	Actividad Económica	Dirección CARRERA 102 AN. 140 C U		Teléfono(s) 5382421	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso 09 07 2021	Fecha Retiro 08 08 2021	Sueldo Inicial 1070000	Sueldo Final 1070000
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato JOSÉ LOPEZ			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro					

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Ivonne Avila	Area de Casa	Calle 31 Sur # 10-30	3203865924
2.	Bellamith Aquirre	Area de Casa	Calle 31 Sur # 11-82	
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Johanna Pineda	Area de Casa	Coontup Sur	3143631989
2.	Andrea Boscan	Area de Casa	Coontup Sur	3143616487

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.</p>
--	---	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Nombre de la Empresa: Centro Aseo

Dirección: Carrera 28 B# 77-12 Barrio Santa Sofia

Ingreso: 2/12/2022 - Retiro 23/03/2023

Función Realizada: Operario Mantenimiento

Nombre Jefe: Yaneth

Cargo: Supervisor de Zona

Nombre de Empresa: Servi Limpieza

Dirección: Calle 8 Dn 30-21 frente de la Estación la Castellana

Ingreso: 24/03/2023 Retiro: 07/03/2024

Función: Mantenimiento

Nombre de Jefe: Yeison Paramo

Cargo: Supervisor de Zona

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: ANGEL ARMANDO BOSCAN
GAMARRA
Fecha de nacimiento: 29/01/1970
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 1148150676
Edad: 54 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 09:11:59
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:11:59



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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 presente la valoración.

Dr. Edwin B. Alvarado C.
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
C.C. 3011277

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

Angel boscan

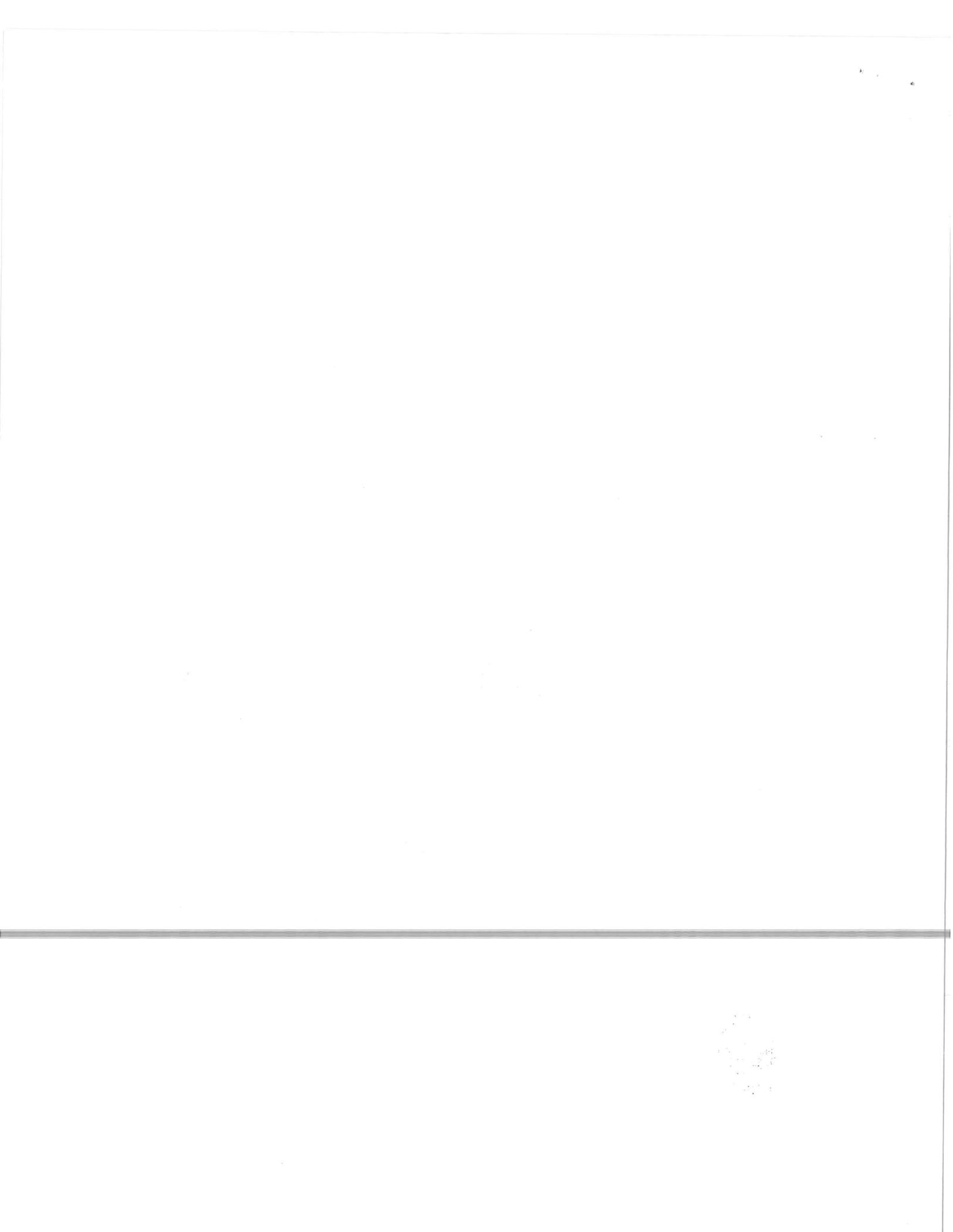
ANGEL ARMANDO BOSCAN
GAMARRA
CC: 1148150676
Firma del paciente

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.

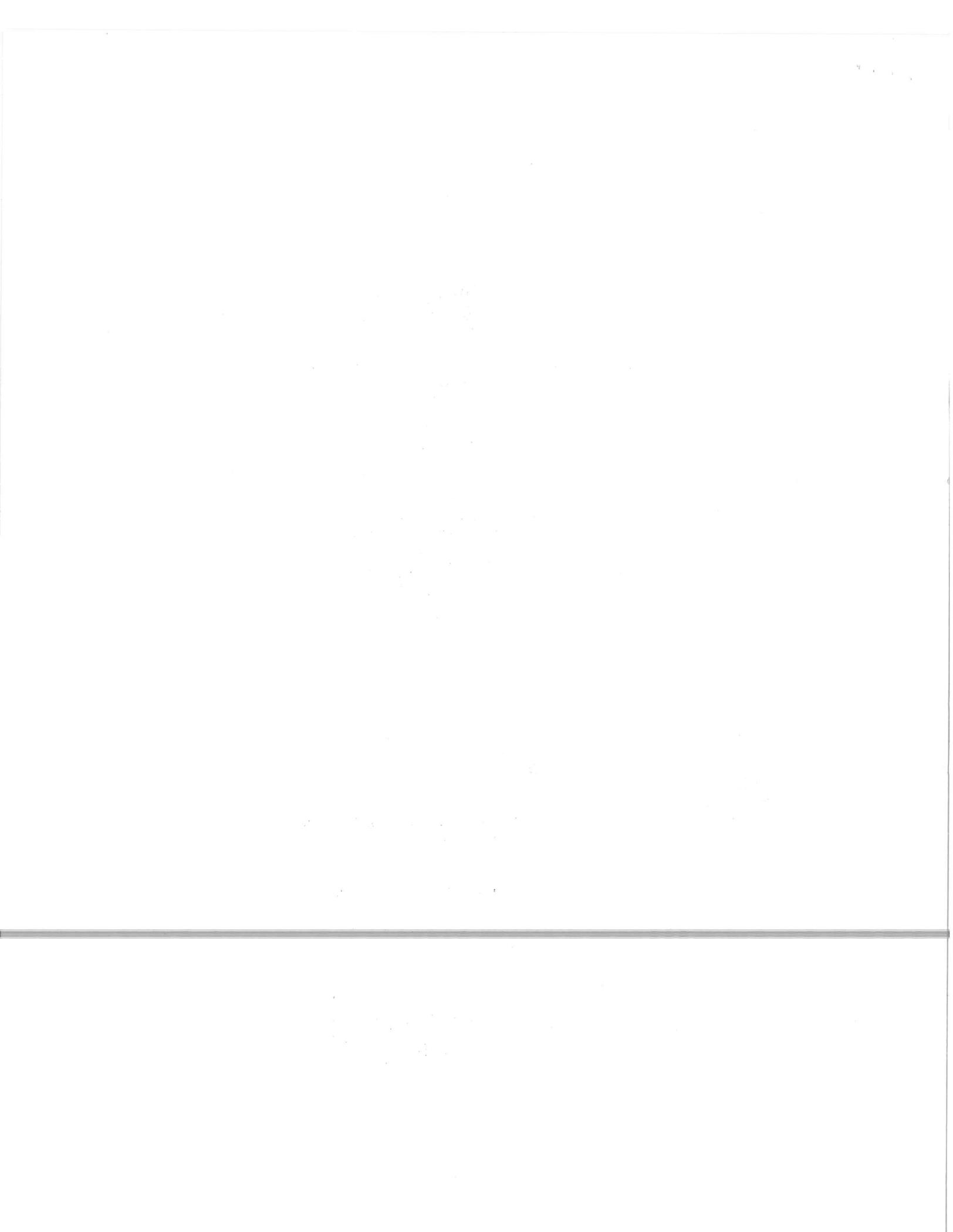
Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ANGEL ARMANDO BOSCAN GAMARRA	C.C.	1,148,150,676	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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





HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Becerra Valencia	Nombre(s) del aspirante Yuleidy	
Fecha de nacimiento 07 M 04 A 1992	Lugar de nacimiento Puerto Rico (Cagueta)	
Dirección domicilio / Barrio Calle 51 B sur #05 B 78	Ciudad Borotà	
Teléfono 350 566 4501	No. Celular 350 228 7737	
Correo electrónico beceravalenciayuleidy@gmail.com	Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Asesora de Aseo y Cafetería	(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 11 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 7115948745	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en Puerto Rico Cagueta	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable, organizada enfocada en el cumplimiento de las labores asignadas con una gran capacidad para trabajar en equipo amable con ganas de aprender

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>
¿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 AIDE	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual 1400.000 \$	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1500.000 \$	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El acordado
¿Por qué conceptos? mercado, servicios, estudio, Arriendos	¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		

99926635

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted 2		Parentesco Hijos	
Edades 9, 11 años		Nombre(s) padre(s) Jerry Becerra		Profesión, ocupación u oficio trabajo en el campo	
Teléfono(s) 3188913864		Nombre(s) hermano(s) Dora Valencia		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa	
Teléfono(s) 3188913864		Nombre(s) hermano(s) mayarli Jessica		Profesión, ocupación u oficio Operaria Aseo	
Teléfono(s) 3227192599		Nombre(s) hermano(s) Becerra Valencia		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria	2016	11	Bachiller Académico	Liceo Augusto Conte	Caquetá	
Bachillerato Académico <input checked="" 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)						
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB		
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB		
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla	
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Servilimpieza		Actividad Económica		Dirección Calle 80 D # 30-02		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo y Cafetería Alcaldía		Área del cargo		Fecha Ingreso 20/03/2023		Fecha Retiro	
Funciones realizadas Aseo y desinfección de áreas de trabajo		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
Nombre de su jefe inmediato Janeth Fula		Cargos Supervisora		Logros obtenidos Experiencia en atención al cliente (Reuniones)			
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál? obra 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 Empecalme			

Nombre de la empresa Centro Aseo		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo y Cafeteria		Área del cargo Alcaldía		Fecha Ingreso 07/10/2022		Fecha Retiro 31/03/2023	
Sueldo Inicial \$		Sueldo Final \$		Funciones realizadas Limpieza de Areas de trabajo Atención de Reuniones etiqueta y Protocolo			
Nombre de su jefe inmediato Adriana				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Experiencia en atención a reuniones etiqueta 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: 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 Empalme con otra empresa							

Nombre de la empresa Lasu		Actividad Económica		Dirección Carrera 74 # 51A42		Teléfono(s) 9764687	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria Aseo y Cafeteria		Área del cargo		Fecha Ingreso 20/01/2021		Fecha Retiro 30/09/2022	
Sueldo Inicial \$		Sueldo Final \$		Funciones realizadas Resarto de tinto Atención de Reuniones Aseo y Desinfección de Areas de trabajo			
Nombre de su jefe inmediato Gredy Guzman				Cargo Supervisor			
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: 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 Empalme con otra empresa							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Leidy Nunez	Operaria Aseo	Calle 66 A sur #7202	3502287737
	Luz Angèle García Amadeo	Amadeo	Calle 66 N sur #7202	3134916763
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Dora Valencia	Amadeo de Casa	Caqueta	3788913864
2.	Mayerli Becerra	Amadeo de Casa	Caqueta	3227192599

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>C.C. 4775948745</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

[Faint, illegible handwritten notes on lined paper]

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: YULEIDY BECERRA VALENCIA
Fecha de nacimiento: 01/04/1992
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1115948145
Edad: 31 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:22:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:14:18



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 MEDICO EN EPS, CONTINUAR 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
Médica - 140027893
14 0322221 - Cendiatra S33
Expedida 1348 - 22/04/2024

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

Yuleidy Becerra

YULEIDY BECERRA VALENCIA
CC: 1115948145
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-13

Nombres y apellidos: YULEIDY BECERRA VALENCIA
Fecha de nacimiento: 01/04/1992
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1115948145
Edad: 31 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:22:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 09:14:18



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. OTRAS:: CONTROL MEDICO EN EPS, CONTINUAR USO DE MEDIAS ANTIVARICE

Dr. Katherin Cortes Acosta
Médica Laboralista
P. LA SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD
SISTEMA EST. COLOMBIANO

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

Yuleidy Becerra

YULEIDY BECERRA VALENCIA
CC: 1115948145
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

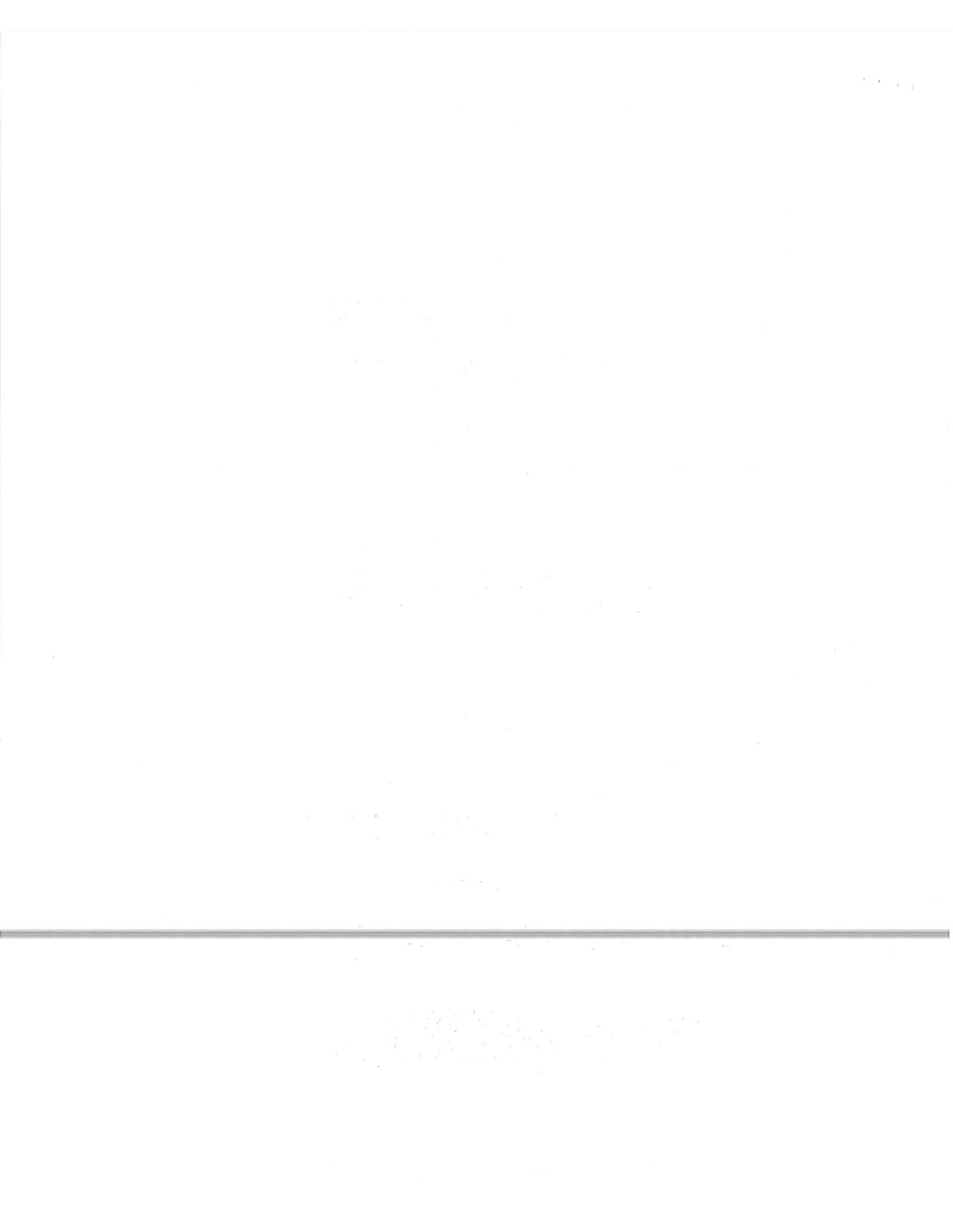
CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura
YULEIDY BECERRA VALENCIA	C.C.	1,115,948,145	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

www.formasminerva.com

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 Barbosa Herrera		Nombre(s) del aspirante Diana Milena	
Fecha de Nacimiento D 22 M 01 A 1988	Lugar de Nacimiento Bogota D.C		
Dirección domicilio / Barrio calle 69 Bis #89-A sur-80		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 3118706732	
Correo electrónico dianamilebarbosaz2@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios		(*) Estado civil unión libre	Años de experiencia laboral 75 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 7022344041		(**) 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

Mis habilidades en el ambito laboral: **Responsable**
capacidad de adaptación, trabajar en equipo.
Aprender cada día un poco de todo.

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Serulimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	Independiente <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input 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 Minian Rosas	Teléfono 3214369334
¿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? 4 años	
¿Por qué conceptos? Asiendo servicios, Alimentación, estudios		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ mínimo	
¿Cuál es su principal afición? escuchar musica		¿Cuánto es su aspiración salarial? convenir	
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

566023428

7112021220211

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Alexander soto		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Empresa donde trabaja Centro Comercial Positiva	
Cargo actual Operario de ventas		Dirección Calle 11- Carrera 77		Teléfono 3197305843	
N° de personas que dependen económicamente de usted 2		Parentesco		Edades 75, 76 años	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermanos(s) Monica Barbosa Herrera		Profesión, ocupación u oficio Empleada		Teléfono(s) 3195294383	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1998	5	Certificado	I.E.D. liceo Mito los centauros	Bogotá
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2019	6	Acta	I.E.D. ACEAI	Bogotá
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> 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? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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. _____	Escucha Lectura Escritura Habla			
¿Qué idioma(s) conoce?	2. _____	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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		Actividad Económica		Dirección calle 86D# 30-29		Teléfono(s) 3102925477	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo, oficinas, Aseo, modulos, Desinfección (aferrejo)		Área del cargo		Fecha Ingreso 26 de 10 2023		Fecha Retiro D M A	
Funciones realizadas limpieza y Desinfección de las areas		Sueldo Inicial \$1160.000		Sueldo Final \$1350.000			
Nombre de su jefe inmediato Cristian Arevalo				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Experiencia y conocimiento							
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual? obra y labor	
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Panaderia supei Pan		Actividad Económica Operaria	Dirección carrera 94 # 68-28		Teléfono(s) 3144778108	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria		Área del cargo	Fecha Ingreso 01 M 2011 A 10	Fecha Retiro 24 M 10 2013	Sueldo Inicial \$ 540000	Sueldo Final \$ 900.000
Funciones realizadas Oficios varios: Atención al cliente, surtir, productos, limpieza y desinfección lugares de trabajo. etc.						
Nombre de su jefe inmediato Olga lucia Gomez Quirago			Cargo Administradora			
Logros obtenidos						
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro
Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fijo <input type="checkbox"/>				Contrato por medio de agencia		¿Cual?
				<input type="checkbox"/>		<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 Voluntario						

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
			D M A	D M A	\$	\$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato			Cargo			
Logros obtenidos						
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro
Indefinido <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fijo <input type="checkbox"/>				Contrato por medio de agencia		¿Cual?
				<input type="checkbox"/>		<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 Olga lucia Gomez	Ocupación Administradora	Dirección carrera 91 # 68-28	Teléfono 3144778108
2.	Nombre Jenny useche	Ocupación Empleada	Dirección calle 70 sur # 89 # 12	Teléfono 3142769483
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Monica Barbosa	Ocupación Empleada	Dirección	Teléfono 3195294383
2.	Nombre Alexander soto	Ocupación operario de ventas	Dirección calle - 77 con 17	Teléfono 3197305843

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 mi, 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>Diana milena Barbosa c.c. 7022344041 Bogotá</p>
--	--	--

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA NORTE 83

DIRECCIÓN: Autopista Norte # 83-89, Polo Club

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6017425327 - 6016224464

EMAIL: citas.norte2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-14

Nombres y apellidos: DIANA MILENA BARBOSA HERRERA CC: 1022344041

Fecha de nacimiento: 22/01/1988

Edad: 36 Sexo: FEMENINO

Empresa: S&A SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S

Fecha ingreso: 2024-03-14 / 08:19:54

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-03-14 / 08:51:16

Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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

KAREN GÓMEZ BALCAZAR
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD DEL NORTE
Reg. 49718319 Res. 202310185578

KAREN LIZETH GOMEZ
BALCAZAR
RM: 49718319
Firma y sello del médico

Diana Milena Barbosa

DIANA MILENA BARBOSA
HERRERA
CC: 1022344041
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Sedes Nacionales

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

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





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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
DIANA MILENA BARBOSA HERRERA	C.C.	1,022,344,041	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.

1. Introduction

2. Methodology

3. Results

4. Discussion

5. Conclusion

References

Appendix

Index

Table of Contents

Summary

Abstract



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 Bedoya Gozman		Nombre(s) del aspirante Daissy	
Fecha de Nacimiento D 22 M 03 A 1981		Lugar de Nacimiento Villa hermosa Tolima	
Dirección domicilio / Barrio KR 141 #136 21 Sur		Ciudad Bogota	
Teléfono 3115542257		No. Celular 3115542257	
Correo electrónico daissybedoyazz@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Operaria		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 23 Años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 52870883	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona muy puntual y correcta

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 Independiente <input type="checkbox"/> Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha
¿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 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 Maria Sanchez
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describe e indique su valor mensual	Teléfono 30057961
¿Por qué conceptos? Arriendo, Educación, Alimentación	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1000000	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 Año
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? El asignado
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

913340817



IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		N° de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Jose Misael Bedoya		Fallecido	
Ara Rosa Gozman		Ama de casa		312 310 3518	
Nombre(s) hermanos(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Diana Bedoya		Ama de casa		315 5261921	
Marleny Bedoya		Operaria		321 9351092	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1993	5P		Escuela Normal Superior	Villahermosa
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"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Serv Limpieza						3203108984	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Aseo y cafetería				24/03/23		Sueldo Inicial Sueldo Final	
Funciones realizadas						\$ Mínimo \$	
Aseo y cafetería							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Janeth Fula				Jefe inmediato			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro	
Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>				Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		¿Cual?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							
Terminación del contrato							

Nombre de la empresa Centro Aseo	Actividad Económica	Dirección KR 283 # 71-12	Teléfono(s) 4849120		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y Cafeteria	Área del cargo	Fecha Ingreso D 12 M 05 A 20	Fecha Retiro D 13 M 05 A 21	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Funciones realizadas					
Aseo y cafetería					
Nombre de su jefe inmediato Leidy Sepulveda			Cargo Jefe inmediato		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación del contrato					

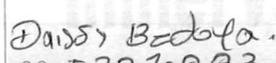
Nombre de la empresa Elite Soluciones	Actividad Económica	Dirección calle 102 # 706-63	Teléfono(s) 7431822		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso D 13 M 03 A 2017	Fecha Retiro D 13 M 05 A 20	Sueldo Inicial \$ Mínimo	Sueldo Final \$ Mínimo
Funciones realizadas					
Aseo y cafetería					
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"/> ¿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 del contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Jaqueline Contreras	operaria		3142046492
	Jose renaldo chaparro	Independiente		3112348040
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Jean Carlos Bedoya	Operario		3123729080
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Lorena Bedoya	Ama de casa		3011223989

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

Marque con una X

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante  C.C. 52070003
---	---	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30.

31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40.

x

x

41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50.

51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60.

61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70.

71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80.

81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90.

91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

x

101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110.

111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120.

121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130.

131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140.

141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150.

151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160.

161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170.

171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180.

181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190.

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: 2024-03-12

Nombres y apellidos: DAISSY BEDOYA GUZMAN
Fecha de nacimiento: 22/03/1981
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52870883
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:56:30
Fecha salida: 2024-03-12 / 03:25:37



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 Juliana Cortes Acosta
Médica Ocupacional
C. E. 165335217 - Especialista OST
L. 6014470068 - 22/03/2017

KATHERIN JULIANA CORTES
ACOSTA
RM: 105335217
Firma y sello del médico

Daissy Bedoya

DAISSY BEDOYA GUZMAN
CC: 52870883
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

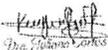
Nombres y apellidos: DAISSY BEDOYA GUZMAN
Fecha de nacimiento: 22/03/1981
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52870883
Edad: 43 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:56:30
Fecha salida: 2024-03-12 / 03:25:37



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:


Dra. Katherin Cortes Acosta
Médica Ocupacional
C.C. 1053335217 - Expedición SST
Licencia SST: 22-03-2017

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

Daissy Bedoya

DAISSY BEDOYA GUZMAN
CC: 52870883
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
DAISSY BEDOYA GUZMAN	C.C.	52,870,883	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.

1. 2013

2. 2013

3. 2013

4. 2013

5. 2013

6. 2013

7. 2013

8. 2013

9. 2013

10. 2013

11. 2013

12. 2013

13. 2013

14. 2013

15. 2013

16. 2013

17. 2013

18. 2013

19. 2013

20. 2013

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira <i>Operaria de Aseo y cafetería</i>
--------------------	---

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Benavides</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Alexandra</i>	
Fecha de nacimiento D M A	Lugar de nacimiento		
<i>06 07 1986</i>	<i>Bogotá</i>		
Dirección domicilio / Barrio		Ciudad	
<i>Calle 67B # 18V-24 sur</i>		<i>Bogotá</i>	
Teléfono		No. Celular	
<i>2859668</i>		<i>3134554724</i>	
Correo electrónico		Nacionalidad	
<i>benavidesalexandra23@gmail.com</i>		<i>colombiana</i>	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
<i>operaria de aseo y cafetería</i>			<i>12 años</i>

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <i>1052305672</i>	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Bogotá</i>	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. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona honesta, trabajadora, responsable, puntual. Me siento en la capacidad de desempeñarme en el cargo asignado y de adquirir nuevos conocimientos en algun campo desconocido. Me considero una persona activa por lo que se hace facil cumplir con mis labores asignadas.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? <i>Servit Limpieza</i>	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato <i>obra o labor</i>
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A <i>11 10 2018</i>	¿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 checked="" type="checkbox"/>	Nombre _____ Dependencia _____	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input 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 <i>2859668</i>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual _____	¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? <i>10 años</i>	
¿Por qué conceptos? _____		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <i>\$ 900.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? _____		¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>\$ el asignado</i>	
¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál(es)? _____	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____			

5258666



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) John Frady Guerrero P.		Profesión, ocupación u oficio Independiente		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono 3144832482	Ciudad Bogotá
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="3"/>		Parentesco 58		Edades 58, 15, 78	
Nombre(s) padre(s) Esperanza Benavides		Profesión, ocupación u oficio Hogar		Teléfono(s) 3214583636	
Nombre(s) hermano(s) Lady Johanna Becerra B.		Profesión, ocupación u oficio Empleada		Teléfono(s) 3213203358	
Carlos Andres Becerra B		Independiente		3213916453	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1997	5	Básica Primaria	Colegio el Redentor	Bogotá
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2003	6	Especialidad Digitalización	Inem Santiago Perez	Bogotá
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria 120	Nombre del programa Servicio y comunicación al cliente		Institución Politecnico superior	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria 120	Nombre del programa Gestión de documentos y archivos		Institución Politecnico superior	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Word		R <input checked="" type="checkbox"/> MB 3.	R B MB	
¿Qué programas maneja?	2. Excel		R <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Serulimpieza		Actividad Económica		Dirección calle 86 # 30 - 29		Teléfono(s) 6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de limpieza y desinfección		Área del cargo		Fecha Ingreso 24 M 03 A 2003		Fecha Retiro M A	
Funciones realizadas limpieza y desinfección de despachos, brigadas, áreas comunes, atención a funcionarios con bebidas.		Sueldo Inicial \$ mínimo		Sueldo Final \$			
Nombre de su jefe inmediato Janeth Fula				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Mayor conocimiento							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		obra o labor			
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Centroaseo	Actividad Económica	Dirección Cra 28B # 77-12		Teléfono(s) 6068433	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted operaria de aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22	Fecha Retiro D 19 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Limpieza de oficinas áreas comunes, barrido trapeado de pisos manipulación, preparación y suministro de bebidas a funcionarios					
Nombre de su jefe inmediato Adriana			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos Mayor conocimiento en montajes de mesa					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra o labor		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación del contrato					

Nombre de la empresa Lasu	Actividad Económica	Dirección Cra 74 # 51a-42		Teléfono(s) 9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gestor de Aseo y cafetería	Área del cargo	Fecha Ingreso D 20 M 04 A 21	Fecha Retiro D 30 M 09 A 22	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo
Funciones realizadas Aseo en oficinas barrido trapeado de áreas comunes atención a funcionarios					
Nombre de su jefe inmediato Freddy Guzman			Cargo Supervisor		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? obra o labor		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación del contrato					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Yuleidy Becerra Valencia	Empleada		3505664501
2.	Edilberto Gonzalez M.	Independiente		3123642558
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	John Fredy Guerrero P.	Independiente		3144832482
2.	Flor Maria Benavides	Hogar		3135154962

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Alexandra Benavides C.C. 1032365672</p>
--	---	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Lined area for additional notes.

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: ALEXANDRA BENAVIDES
Fecha de nacimiento: 06/07/1986
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1032365672
Edad: 37 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:34:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:38:19



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.

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

ALEXANDRA BENAVIDES
CC: 1032365672
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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: ALEXANDRA BENAVIDES
Fecha de nacimiento: 06/07/1986
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1032365672
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-13 / 07:34:27
Fecha salida: 2024-03-13 / 07:38:19

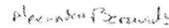


Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA BALANCEADA


Dra. Karla Canelon
MÉDICO ESPECIALISTA
SALUD OCCUPACIONAL
R.M. 1094861739

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



ALEXANDRA BENAVIDES
CC: 1032365672
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
ALEXANDRA BENAVIDES	PT	1,032,365,672	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.

1. Introduction
2. Methodology
3. Results
4. Discussion
5. Conclusion

The study was conducted in a laboratory setting. The participants were recruited from a local university. The data was collected over a period of six weeks. The results show a significant increase in performance over time. The discussion highlights the importance of consistent practice. The conclusion suggests that the findings have implications for future research.

References
1. Smith, J. (2010). The effects of practice on performance. *Journal of Sport Psychology*, 42(3), 456-471.
2. Jones, M. (2012). The role of motivation in athletic performance. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 5(1), 1-15.

Appendix A
Appendix B
Appendix C
Appendix D
Appendix E



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	Servicios generales

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

Apellido(s) del aspirante <i>Coicedo</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Edgar</i>	
Fecha de Nacimiento D <i>5</i> M <i>9</i> A <i>67</i>		Lugar de Nacimiento <i>Cubana Boyaca</i>	
Dirección domicilio / Barrio <i>Cva 9873 269 495 sur el vecino Boyota</i>		Ciudad <i>Boyota</i>	
Teléfono <i>459 91 17</i>		No. Celular <i>312 405 46 19</i>	
Correo electrónico <i>edgar.coicedo328@gmail.com</i>		Nacionalidad <i>colombiano</i>	
Profesión, ocupación u oficio <i>Servicios generales</i>		(*) Estado civil <i>soltero</i>	Años de experiencia laboral <i>25 años</i>

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

Cédula de ciudadanía: N° *80366379* (**) Libreta militar N° *80366379* Primera clase:

Extranjería: Expedida en: *Boyota* Distrito N° *02* 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 siento capacitado para seguir laborando

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa?		¿Solicitó empleo antes en esta empresa?		Fecha	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		D / M / A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?		Nombre		¿Conoce a alguien de esta empresa?	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia		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? <i>Humana</i>	
¿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		Teléfono		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?	
				<i>22 años</i>	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual	
¿Por qué conceptos?		<i>gastos economicos</i>		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?	
¿Cuál es su principal afición?		<i>Fútbol</i>		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Practica algún deporte?		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<i>Asignado</i>	
¿Cuál(es)?		<i>Trotar</i>			
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?					
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?					

502016530



IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad		
N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades			
1	Mi madre	90 años			
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)			
Ines Caicedo	Hogar	4599117			
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)			
Nayibe Caicedo	empleada	3122220692			
Mercedes Caicedo	Hogar	3132440069			

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1978	5		colegio San Carlos	Taguaya
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	1983	7		colegio San Carlos	Taguaya
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
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"/>					
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas 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.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Institucional Lase			Cma JUSTIA 42		9164681	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Oficinas viejas			01/23/89	09/23/89	\$1.160.000	\$1.160.000
Funciones realizadas						
Labado de Pisos con maquina enserado (villado)						
Aveas comunes barrido Levado de Pavadas						
Nombre de su jefe inmediato			Cargo			
Virginia			Jefe inmediato			
Logros obtenidos						
Tipo de contrato	Indefinido <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cual?
	Fijo <input type="checkbox"/>			Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		
Horario de trabajo	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input checked="" type="checkbox"/>	Jornada:	Diurna <input checked="" type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>
					Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro						
obra letor terminacion de contrato						

20510502

Nombre de la empresa Servicio Pícea		Actividad Económica		Dirección calle 86d # 3029		Teléfono(s) 6256140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficinas varios		Área del cargo	Fecha Ingreso D 29 M 4 A 21	Fecha Retiro D 1 M 06 A 25	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo	
Funciones realizadas La vado de puentes pisos sillas comedor Áreas comunes berrito trapecan Levado de Isotóns							
Nombre de su jefe inmediato LUZ PUAY				Cargo SEFE INMEDIATO			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input checked="" type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Brilladora Terminación de contrato							

Nombre de la empresa Brilladora el diamante		Actividad Económica		Dirección cra 18 # 3281		Teléfono(s) 2455855	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Oficinas varios		Área del cargo	Fecha Ingreso D 10 M 4 A 14	Fecha Retiro D 29 M 4 A 15	Sueldo Inicial \$ mínimo	Sueldo Final \$ mínimo	
Funciones realizadas limpieza de vidrios Levado de pisos enserado Brillado Levado de Isotóns desapolivar							
Nombre de su jefe inmediato Carlos Silva				Cargo SEFE INMEDIATO			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input checked="" 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 Mareela	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3013916966
2.	Nombre Rlon Torres	Ocupación Hogar	Dirección	Teléfono 3002109381

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

1.	Nombre Jessica Caicedo	Ocupación empleada	Dirección	Teléfono 3132024984
2.	Nombre Ovidio Caicedo	Ocupación Independiente	Dirección	Teléfono 3132538118

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>Edgar Caicedo C.C. 80366379</p>
--	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2023-09-22

Nombres y apellidos: EDGAR CAICEDO
Fecha de nacimiento: 05/09/1967
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 80366379
Edad: 56 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-09-22 / 08:21:59
Fecha salida: 2023-09-22 / 01:01:39



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO
OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

• EXAMEN MEDICO DE APTITUD
PARA TRABAJO EN ALTURAS

• PERFIL LIPIDICO

• EXAMEN OPTOMETRICO

• GLUCOSA EN SUERO, U OTRO
FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
OTRAS::

CONTROL ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
CONTROL MEDICO EN EPS, CONTINUAR USO DE MEDIAS ANTIVARICE,
EVITAR EXPOSICION A RUIDO MAYOR A 85 DB, CONTROL AUDIOLOGICO
ANUAL, VALORACION POR OTORRINO EN EPS

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

CONDICIÓN VISUAL:
CONDICIÓN AUDITIVA:

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.



Para el Subsector de Salud Ocupacional
Código de identificación
P. M. 1053335217 - Especialidad SST
10200201340 - 7200050117

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



EDGAR CAICEDO
CC: 80366379
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte
86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 -
Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona
Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali -
Cartagena - Igbaué - Medellín La América - Medellín Aguacatala -
Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - Pereira - Santa Marta -
Villavicencio

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

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: 2023-09-22

Nombres y apellidos: EDGAR CAICEDO
Fecha de nacimiento: 05/09/1967
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIO DE MANTENIMIENTO

CC: 80366379
Edad: 56 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2023-09-22 / 08:43:50
Fecha salida: 2023-09-22 / 01:02:35



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- EXAMEN OPTOMETRICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A URINA

CONCEPTO DE APTITUD:

CON RESTRICCIÓN ABSOLUTA

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 de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Juliana Cortes Acosta
Médica Laborista
C. M. 1053335217 - Especialista SST
Licencia 1366 - 22/09/2017

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

EDGAR CAICEDO
CC: 80366379
Firma del paciente

Sedes Bogotá:

Sede principal - Sede Centro - Sede Norte 106 - Sede Norte 86 - Sede Norte 83 - Sede Occidente 1 - Sede Occidente 2 - Sede Occidente 3 - Sede Sur - Sede Sur 2 - Sede Zona Franca

Sedes nacionales:

Barranquilla - Buenaventura - Bucaramanga - Cajicá - Cali - Cartagena - Igabué - Medellín La América - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Motería - Manizales - 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
EDGAR CAICEDO	C.C.	80,366,379	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.

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all entries are supported by appropriate documentation and receipts.

3. Regular audits should be conducted to verify the accuracy of the records and to identify any discrepancies.

4. The final section of the document provides a summary of the key findings and recommendations.



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

www.formasminerva.com

Fecha D 4 M 03 A 24	Empleo o cargo al que aspira Servicios Generales
------------------------	---

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Carrillo Espinosa		Nombre(s) del aspirante Laura Marcela	
Fecha de Nacimiento D 12 M 10 A 93	Lugar de Nacimiento Bogotá		
Dirección domicilio / Barrio K1 1er # 43 sur 38 La Gloria Occidental		Ciudad Bogotá	
Teléfono		No. Celular 312 4107517	
Correo electrónico espinosaridriguez@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Auxiliar Servicios Generales		(*) Estado civil Soltera	Años de experiencia laboral 5 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1.023.928.463	(**) 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 type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría



II. PERFIL LABORAL

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

Impresión de áreas, decoración de pisos, lavado de tapetes, doy lo mejor de mí para obtener un gran grupo de trabajo donde haya respeto y ganas de superación personal y laboral

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input 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 Edgar	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 mes
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000	
¿Por qué conceptos? Arrendo, alimentación, servicio transporte e hijos	¿Cuál es su principal afición? Mejorar como persona	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

76252296

1519700191307414

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		N° de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		16 años - 9 años		hijos	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Martha Isabel Espinoza		Fallecida			
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	2007	5	Primario	I.E.D. Gustavo Restrepo	Bogotá
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"/>					
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 checked="" type="checkbox"/>					
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1. ¿Qué programas maneja?		R B MB	3. R B MB	
	2.		R B MB	4. R B MB	
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1. ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura
	2.		R B MB	R B MB	R B MB
			R B MB	R B MB	R B MB
			R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Servilimpieza		Cafetería					
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
Aux. Servicios Generales		Cafetería	29/03/23		\$116.000	\$1300.000	
Funciones realizadas							
Atención al funcionario limpieza de áreas decaído de pisos lavado de tapetes lavado de pisos con máquina							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Janeth Fola				Supervisor			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro	
Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cual?		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							
Finalización de contrato - empalme							

Nombre de la empresa Easy clean	Actividad Económica	Dirección Dg 74 B11 #20 B-71	Teléfono(s) 3402060
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Auxiliar Servicios Generales	Área del cargo Colegio	Fecha Ingreso 09/01/21	Fecha Retiro 30/11/22
Sueldo Inicial \$ 1.116.000			
Sueldo Final \$ 1.116.000			
Funciones realizadas Desinfección de áreas decapadas de salones lavado de suelo con hidrógeno peróxido de Perimetral y Brigadas			
Nombre de su jefe inmediato José Guevara		Cargo Supervisor	
Logros obtenidos Aprendizaje			
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?			
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Finalización Contrato			

Nombre de la empresa Jedansa	Actividad Económica	Dirección caliza #68-03	Teléfono(s) 7130070
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. Servicios Generales	Área del cargo Colegio	Fecha Ingreso 03/01/20	Fecha Retiro 21/04/22
Sueldo Inicial \$ 877.000			
Sueldo Final \$ 877.000			
Funciones realizadas Limpieza de áreas desyerbado uso de maquinaria lavado de salones y brigadas decapado			
Nombre de su jefe inmediato Katherine		Cargo Supervisor	
Logros obtenidos Aprendizaje			
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?			
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Finalización de contrato			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Ju Andrea Rojas	Amante casa		3112567893
	Daisy Bedoya	Empleado		3115542252
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Jawa Carrillo c.c. 1.023.928.463</p>
--	--	--

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LAURA MARCELA CARRILLO ESPINOSA
Fecha de nacimiento: 12/10/1993
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1023928463
Edad: 30 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:31:36
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:44:07



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- FROTIS FARINGEO

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

- EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

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

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

Laura Carrillo

LAURA MARCELA CARRILLO ESPINOSA
CC: 1023928463
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

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

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

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: LAURA MARCELA CARRILLO
ESPINOSA
Fecha de nacimiento: 12/10/1993
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 1023928463
Edad: 30 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:31:36
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:44:07



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

Dr. Katherin Juliana Cortes Acosta
Código profesional: 1053335217
C.C. 1053335217 - Especialista SST
Cédula 1480 - 250392017

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

LAURA MARCELA CARRILLO
ESPINOSA
CC: 1023928463
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Sedes Bogotá

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

Sedes Nacionales

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



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

CERTIFICA

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

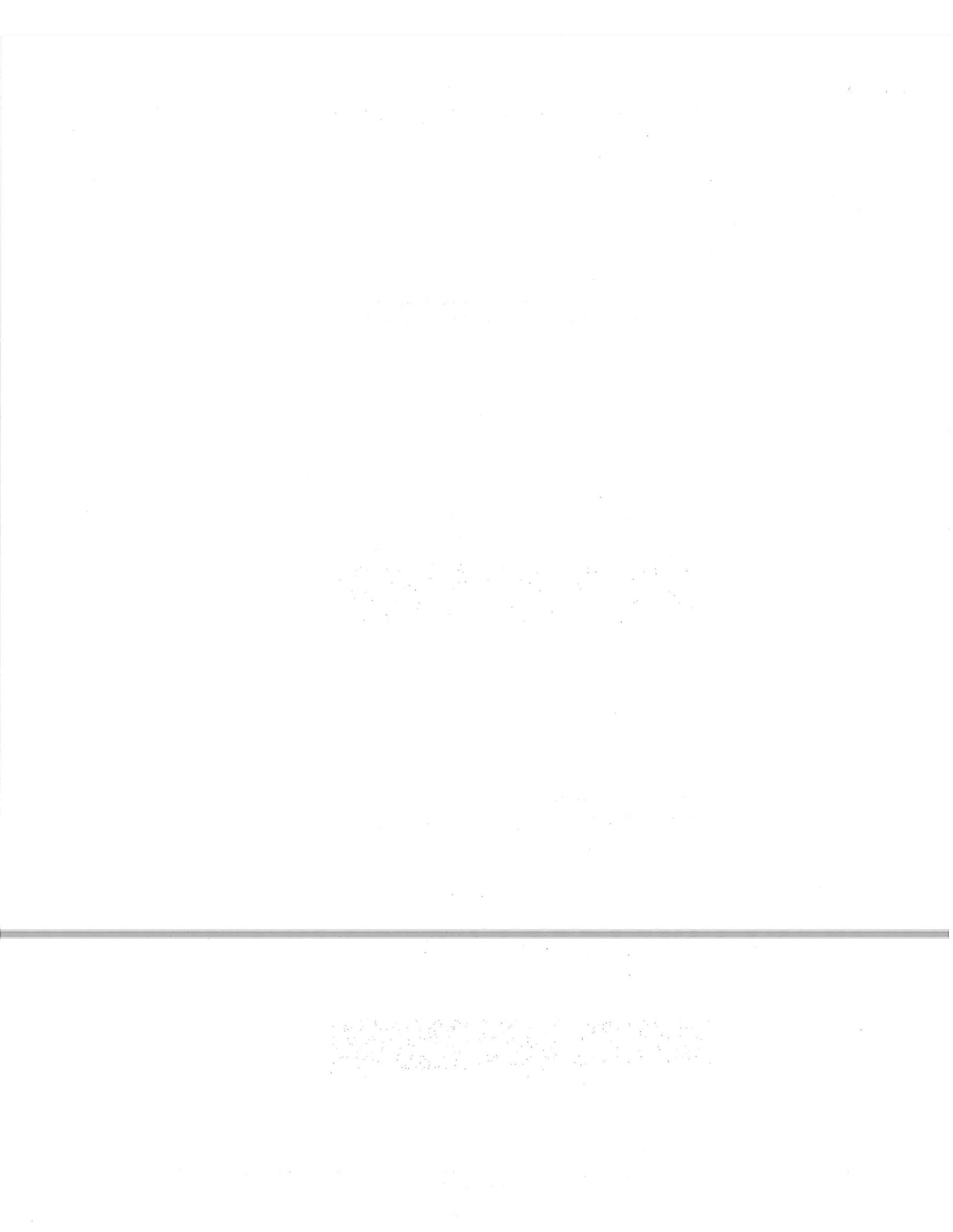
Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
LAURA MARCELA CARRILLO ESPINOSA	C.C.	1,023,928,463	18/03/2024

Cordialmente,

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

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

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





HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D. M. A. 17 02 76	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Castro Gutierrez	Nombre(s) del aspirante Ruth Morinela
Fecha de nacimiento D. 17 M. 02 A. 76	Lugar de nacimiento Bogotá
Dirección domicilio / Barrio el 38 # 31-118 Ciudad U.	Ciudad Condinomaica
Teléfono 3214480481	Nº. Celular 3214480481
Correo electrónico CastrogutierrezRuthMorinela@gmail.com	Nacionalidad Colombiana
Profesión, ocupación u oficio Operaria	(*) Estado civil Union Libre.



Años de experiencia laboral	
DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 52348638	(**) Libreta militar No. _____ Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Bogotá	Distrito No. _____ Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	Licencia de conducción No. _____ Categoría _____
¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

II. PERFIL LABORAL

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

Me considero una persona amable responsable cumplidora con mis obligaciones aprendo rapido los labores asignadas respetuosa y acato ordenes.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpio	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato	Independiente <input type="checkbox"/>
¿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 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 checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ El asignado.
¿Por qué conceptos?	¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

19255814

518700721204

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Tatío Torres.		Profesión, ocupación u oficio Guarda de seguridad.		Empresa donde trabaja	
Cargo actual Coocida.		Dirección		Teléfono	
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="checkbox"/> 1		Parentesco papá		Edades 71 años.	
Nombre(s) padre(s) Hugo Enrique.		Profesión, ocupación u oficio Hogol.		Teléfono(s) 3186563414.	
Wivier Gutierrez.		Hogol.		3144588528.	
Nombre(s) hermano(s) Fiedy Costo.		Profesión, ocupación u oficio Opeoio		Teléfono(s) 3203581779.	
Pitai Costo.		Hogol.		3226726079.	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1988	5	primaria.	General Santondei	Tenzo.
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	1992	9	Bachillerato.	Liceo Atenas.	Bogotá
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Servi Limpieza.		Actividad Económica		Dirección el 86 D # 30-21		Teléfono(s) 601 6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Opeoio.		Área del cargo		Fecha Ingreso D 10 M 5 A 23	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final \$ 1462000.
Funciones realizadas Opeoio.							
Nombre de su jefe inmediato Joneth Fuler.				Cargo Supervisorio.			
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"/> ¿Cuál?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa Cafetería. P. Sousolito.		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s) 3204196477.	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario.		Área del cargo	Fecha Ingreso 05 M 03 A 22	Fecha Retiro 15 M 03 A 23	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$ 1300000
Funciones realizadas Operario.						
Nombre de su jefe inmediato Olgo Lucio Neiro.				Cargo Jefe.		
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"/>		
Motivo del retiro Odontológico.		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		

Nombre de la empresa MCB Logística.		Actividad Económica	Dirección el 12A # 71 c 20		Teléfono(s) 3187883519.	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operario.		Área del cargo	Fecha Ingreso 16 M 11 20.	Fecha Retiro 01 M 02 A 22.	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$ 1200000
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato Dora.				Cargo		
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"/>		
Motivo del retiro Terminación de contrato.		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Rocío A. Garcia.	Tecnólogo I.	el 38 # 31-118.	3213937601
	Jojo Mendoza	Conductor.	el 38 # 31-118.	3219233059
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Jojo Torres.	Cuido.	el 38 # 31-118	3017371363
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. Marque con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Roth J. Costia C.C. 152348638</p>
--	--	---

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPREMIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPREMIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VIII. NOTAS ADICIONALES

REPÚBLICA

ESTADOS UNIDOS

1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

1950 1960 1970 1980 1990 2000

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2 DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387 EMAIL: citas.occidente2@cendiatra.com FECHA EXAMEN: 2024-03-12

Nombres y apellidos: RUTH MARINELA CASTRO GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 17/02/1976
Empresa: UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Empresa usuaria:
Cargo: OPERARIA DE ASEO Y CAFETERIA

CC: 52348638
Edad: 48 Sexo: FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-03-12 / 02:27:11
Fecha salida: 2024-03-12 / 02:27:11



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.

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

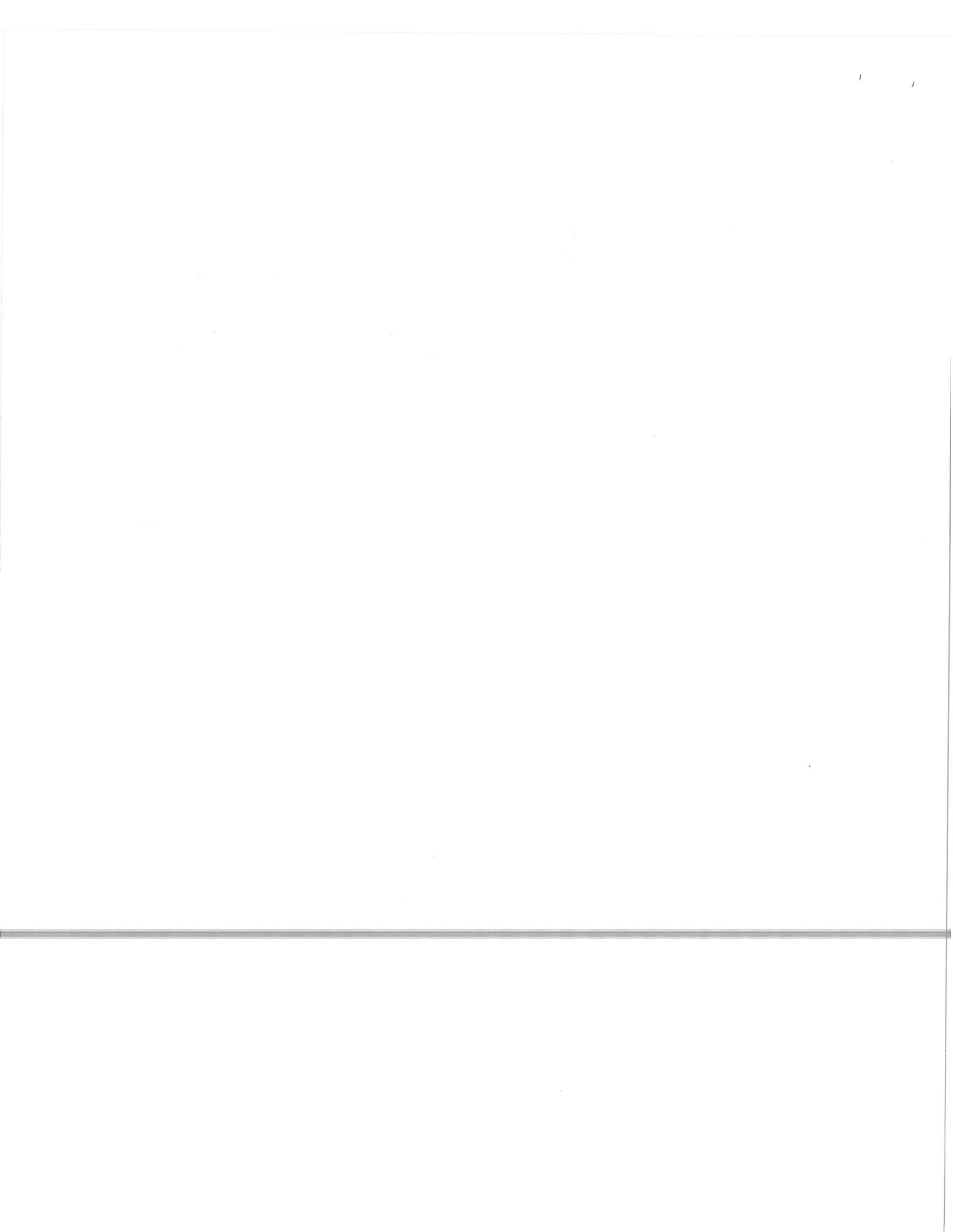
RUTH MARINELA CASTRO GUTIERREZ
CC: 52348638
Firma del paciente

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
Nif. 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
RUTH MARINELA CASTRO GUTIERREZ	C.C.	52,348,638	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.

Dear Sir,

I am writing to you regarding the matter of the...

As you are aware, the situation is becoming increasingly...

I have discussed this with the relevant authorities and...

It is my hope that you will find this information...

I am sure that you will understand the need for...

Thank you for your attention to this matter.

Yours faithfully,

[Signature]

[Name]

[Address]

[City]

[Country]

[Phone Number]

[Email Address]

[Fax Number]

[Website]

[Social Media]

[Footer]



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 Cita Martinez		Nombre(s) del aspirante Oflando	
Fecha de nacimiento D 27 M 9 A 1978		Lugar de nacimiento Bosota	
Dirección domicilio / Barrio Dig 69Q Bis # 18N-47 Sur		Ciudad Bogota	
Teléfono		No. Celular 321 4213047	
Correo electrónico citaorlando@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Jardinero		(*) Estado civil Union Libre	Años de experiencia laboral 15 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 79771060		(**) Libreta militar N° 79771060 Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito N° 79771060 Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional N°		¿Tiene vehículo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° 79771060 Categoría A2



II. PERFIL LABORAL

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

Jardinero con experiencia relacionado en mantenimiento de jardines, prados, Buena relaciones interpersonales y trabajo en equipo

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Servilimpieza	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Obra o labor
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000
¿Por qué conceptos? Alimentos, servicios, otros	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Asignada		
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

99926635

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o) Claudia Marcela Manfala		Profesión, ocupación u oficio Guarda Seguridad		Empresa donde trabaja Seguritas	
Cargo actual Guarda		Dirección Dig 69 Q Bis # 18N-41		Teléfono 320 8755878	
Ciudad Bosca		No. de personas que dependen económicamente de usted 1		Parentesco papá	
Edades 72 años		Nombre(s) padre(s) Julio Cesar Cita		Profesión, ocupación u oficio Hogar	
Teléfono(s) 313 2152284		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	1989	5	5º grado	Llano el Castillo	Bosca
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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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		Actividad Económica Servicios		Dirección CUBO # 30-27		Teléfono(s) 601 6286140	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Jardenero		Área del cargo de fuera		Fecha Ingreso 24 MAR 23		Fecha Retiro 	
Funciones realizadas Mantenimiento, poda, siembra de jardín. Aparar, lavar transplantes, limpiar, Guadamar		Sueldo Inicial \$ Mínimo		Sueldo Final \$ Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Janeth Buly		Carga 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 y labor	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Termino contrato							

Nombre de la empresa Centro Asoc		Actividad Económica Servicios		Dirección crra 28B # 77-12		Teléfono(s) 4849120	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Jardinero		Área del cargo Defina		Fecha Ingreso D 01 M 10 A 22		Fecha Retiro D 23 M 03 A 23	
				Sueldo Inicial \$ Minimo		Sueldo Final \$ Minimo	
Funciones realizadas corte de césped, poda de matos, framboplantar, limpieza, arado de tierra y riego de matos. Mantenimiento en general							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		Obra o labor	
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 Termino 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	
				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	Ocupación	Dirección
			Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
			Teléfono

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

Margen con una X

<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Orlando cita M c.c. 7977 1060</p>
--	---	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Handwritten notes in Spanish, including the phrase "El mundo de hoy es un mundo de..." and "El mundo de hoy es un mundo de...".

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA

Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79771060-680071

SEDE SOLEDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 mar. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ORLANDO CITA MARTINEZ	Identificación:	79771060
Género:	MASCULINO Edad: 45	Teléfono:	na Móvil: 3214213047
Fecha Nacimiento:	20/09/1978	Cargo:	JARDINERO
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CL 33 10 21	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO

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

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: TRAE CERTIFICADO MEDICO SOLICITADO, SE LEVANTA APLAZAMIENTO

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. Jennifer Cavanzo Poveda
M.D. ESP. Salud ocupacional
LIC. 7700/2014
U. Salazar - HMB

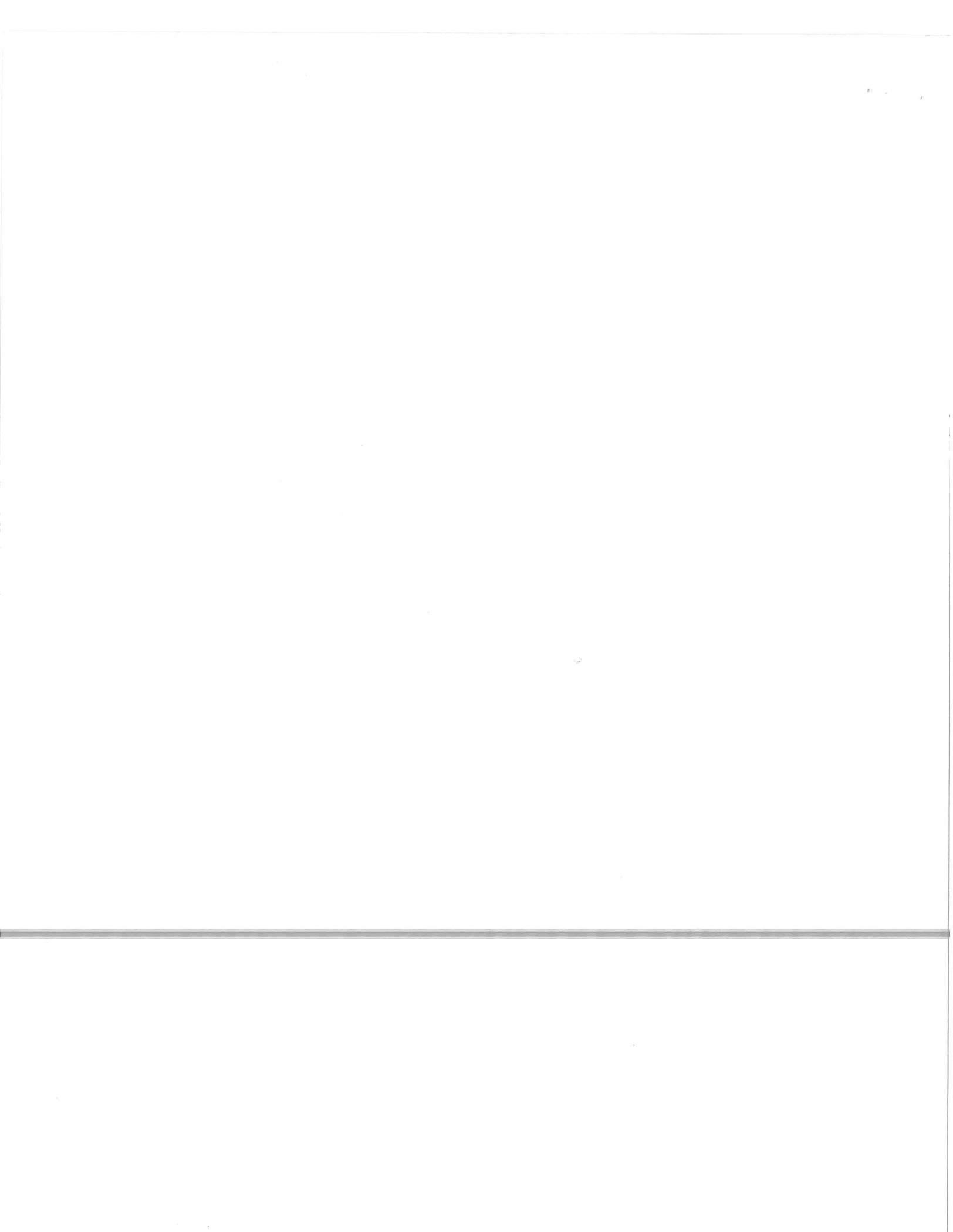
Médico Especialista en Salud Laboral
JENNIFER CAVANZO POVEDA
- Lic 7700/2014



Orlando Cita Martínez



Firma y cédula del Paciente
ORLANDO CITA MARTINEZ
79771060





NOVEDADES DE EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS BÁSICOS

Nombre: ORLANDO CITA MARTINEZ
Tipo Documento: CÉDULA
Documento: 79771060
Nombre Empresa en Misión: EMPLEADOS DE PLANTA
Nombre Sucursal: SUCURSAL UNION TEMPORAL SERVIASEAMOS
Nombre Centro de trabajo: CENTRO DE TRABAJO 5
Tasa de Riesgo: 6.96

NOVEDADES

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

