minerva 10-03
Hoja de vida LA ORIGINAL
www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

OF 18440

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
26 / 11 / 2019	Auxiliar de Cocina

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Carvajal Maya	Marcela
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
08 / 04 / 2000	Cali
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Diag 7 # 4N29 B/p. Comercio	Cali - Valle.
Teléfono	**N°. Celular**
4407297	3152610866
Correo electrónico	**Nacionalidad**
mcarvajal0408@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Auxiliar Administrativa	Soltero



DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1005.860.533	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en: Cali	Distrito No.	Segunda clase: [ ]	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Persona con capacidad de poner en practica Conocamientos Adquiridos me considero responsable dinamica y Creativa Con capacidad para trabajar en equipo de manera Organizada y con Iniciativa para resolver problemas. Facilmente. y Lograr metas adquiridas.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador: Natividad Aroca	Teléfono: 4407297 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?: 19 Años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 500000	
¿Por qué conceptos? Alimentacion y otros gastos.		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ El Asignado.	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Mension de Honor

00173752
7 702124 007813 >
minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciaran penalmente las falsificaciones
REV 05-2016

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

	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) Rosa Elvira Maya Aroca	Profesión, ocupación u oficio Hogar		Teléfono(s) 4407297
Nombre(s) hermano(s) Yelly Leana Carvajal Maya	Profesión, ocupación u oficio Estudiante		Teléfono(s) 4407297
Nayla Maria Dosman Maya	Estudiante		4407297

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2010	5		Pablo Emilio Carcedo	Cali
Bachillerato Académico ☐ Técnico X Comercial ☐ Otro ☐	2018		Bachiller	I.E Santo tomas CASD	Cali
Educación Superior Técnico X	2019		tl Aux. Adm.	Comfenalco Valle	Cali
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	40 horas	Manejo basico de la Herr. Excel	Sena
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Sí ☐ No X			

Nombre de la institución | Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

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

Sistemas Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	R B MB	R B MB	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)

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 ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ | Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ | Otro ☐ ¿Cuál?

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Comfenalco Valle	Aux Adm.	Calle 5 # 6-63	886 27 27.

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
producción, procesar, organizar	ETDH	03 04 19	11 05 19	$	$

Funciones realizadas: Archivo

Nombre de su jefe inmediato: Sandra Patricia Galindez — Cargo: Coordinadora ETDH

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? — Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro: finalización

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 [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? — Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jefferson Cometa	Soldado	Cra 83 C15 # 83-00	3226337488
2.	Mary Bernarda Lona	Hogar	Diag 7 # 4N29	3112338152

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Rosa Elvira Maya	Ama de Casa	Diag 7 # 4N29	3122066301
2.	Juan Maya	Motorista	Diag 7 # 4N29	3126815369

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] 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

Marcela Carvajal M.
C.C. 1005860533

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 137726011

WEB
12:20:46

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARCELA CARVAJAL MAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005860533:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de diciembre de 2019, a las 12:23:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1005860533
Código de Verificación	1005860533191203122330

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

Soraya Vargas

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:21:21 horas del 03/12/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1005860533

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.860.533

CARVAJAL MAYA

APELLIDOS

MARCELA

NOMBRES

Marcela Carvajal

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-2000

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

26-ABR-2018 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-3100100-01073686-F-1005860533-20190417 0065249274A 3 51952678

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.860.533
CARVAJAL MAYA
APELLIDOS
MARCELA
NOMBRES
Marcela Carvajal
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-2000
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

26-ABR-2018 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-3100100-01073686-F-1005860533-20190417 0065249274A 3 51952678

Comfenalco Valle
delagente

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN COMFENALCO VALLE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO VALLE

Con Resolución de Reconocimiento Oficial. 4143.2.21.5603 del 10 de julio de 2009
Registro del programa 4143.021.10468 del 04 de diciembre de 2014
de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.

CERTIFICA QUE:

CARVAJAL MAYA MARCELA, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.005.860.533 de Cali-valle, desarrolló su práctica empresarial en las instalaciones de Comfenalco Valle, a través de un plan de mejoramiento en el área de educación y cooperación internacional, con una duración de 119 horas, acción que le permitió validar las competencias propuestas dentro del programa de formación en Auxiliar Administrativo.

La siguiente constancia se firma en Santiago de Cali, a los diez (10) días de mayo de 2019.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
Comfenalco Valle
Coordinación de Educación

SANDRA PATRICIA GALINDEZ
Coordinadora ETDH
Comfenalco Valle

German
05-19

Comfenalco Valle
delagente

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto de Educación

Comfenalco Valle

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con Autorización Oficial según Resolución No. 4143.2.21.5603 del 10 de Julio de 2009
de la Secretaría de Educación Municipal

Certifica la actitud ocupacional de

Marcela Carvajal Maya

C.C. No. 1.005.860.533 de Cali

Por haber cursado y aprobado el programa

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar Administrativo

(Resolución No. 4143.021.10468 de 04 de Diciembre de 2014)

Con duración de 1.100 horas

Santiago de Cali, Mayo 10 de 2019

Coordinadora de Educación
Para el Trabajo y el Desarrollo Humano.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
Comfenalco Valle
Coordinación de Educación
ETDH

Secretaría Académica

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
Comfenalco Valle

Anotado al Libro No. 2 Folio No. 3 Certificado No. 2019-0384

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa
Santo Tomás

Con reconocimiento oficial según resolución No. 1670 de Junio 20 de 2003 para los niveles de educación pre-escolar, básica y media técnica, la No. 4211.2.31.5930 de Diciembre 14 de 2005 para la presentación del servicio educativo formal de adultos y la No. 4143.2.21.7627 del 14 de Septiembre de 2009 mediante la cual se actualiza el reconocimiento oficial para la prestación del servicio, expedidas por la Secretaria de Educación Municipal de Santiago de Cali

Confiere a:

Marcela Carvajal Maya

C.C. 1005860533 Santiago de Cali

El Título de:

Bachiller Técnico

Especialidad: Comercio

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas adoptados por la institución

Firmas

Raúl Maya Sánchez
C.C. 16.790.284 de Cali (Valle)
Rector

Claudia Fernanda Bendoño Peña
C.C. 31.574.230 de Cali (Valle)
Registro Académico

Anotado al Folio Nº. 04 del libro de registro interno de diplomas No. 058-18
Expedido en Santiago de Cali, a los Siete (7) días del mes de Diciembre del año 2018
No se requiere registro de la Secretaria de Educación, según decreto No. 0821 de 6 de Mayo de 1994 expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y el 2130 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	MARCELA
Apellidos	CARVAJAL
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASA PORTE ☐ No.
Fecha de Nacimiento:	Día: 08 Mes: 04 Año: 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	22-12-11	b12m9005	[illegible]
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	27-NOV-19	2338X004AE	[illegible]
	(3)	Ago. 2027		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	2-NOV-19	T3ABS	una D	
Otras				



SALUD AMBIENTAL

No. 101-099

MANIPULADOR DE ALIMENTOS

MARCELA CARVAJAL
C.C. 1,005,860,533

TIPO DE ALIMENTO ~~VARIOS~~

AUTORIZADOS POR SECRETARIA DE SALUD DEL VALLE RES. No. 1552/2004 SECRETARIA DE SALUD CALI RES. 0121/2003

EL PORTADOR DE ESTE CERTIFICADO ASISTIÓ AL TALLER DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS CON UNA INTENSIDAD DE DIEZ (10) HORAS. SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013

FECHA DE CAPACITACION

07 NOV 2019

CAPACITARSE NUEVAMENTE

07 NOV 2020

CAPACITADOR

CRA. 3 # 5 - 83 EDIFICIO LA MERCED
OF. 201 TEL: 882 1820

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1005860533
NOMBRES	MARCELA
APELLIDOS	CARVAJAL MAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	21/07/2003	12/11/2019	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/04/2019 09:08:00	Estación de origen:	181.48.65.187

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SOS
Servicio Occidental de Salud

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS: [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Garcia | maya | marcela.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.005.860.533	F [X] M [ ]	08 04 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M: Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
Axa Colpatria	Porvenir	878.116.

18. Residencia: Cra 4 #20-29 | 4407297 | 3157610866

Cali | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo F [ ] M [ ]	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

easyclean
NIT: 860.522.931-2
No
FECHA: 9-12-19 HORA:
RECIBI:
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Easyclean SAS	NIT	860522931	

39. Ubicación: Cra 14 B N 126-79 | 714 2050 | BOGOTA | BOGOTA

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	10 12 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS: [ ]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Carvajal | maya | marcela.

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 1.005.960.533

9. Sexo: F [X] M [ ]

10. Fecha de nacimiento: 08 04 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]

13. Puntaje SISBEN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: Axa Colpatria

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización -IBC: 828.116.

18. Residencia: cra 7 #24N-20 | 4409297 | 3157610886 |

Cali | Zona Urbana [X] Rural [ ] | valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Conyuge o compañero(a) permanente conzante

19. Apellidos y nombres:

20. Tipo de documento:

21. Número de documento de identidad:

22. Sexo: F [ ] M [ ]

23. Fecha de nacimiento:

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS FECHA 10 Dic 2019 Hora: 1541 Cédula Asesor 31.941.951 Código Asesor 2083

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	fomes	91829
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
[illegible] SAS	NIT	800522931	

39. Ubicación: cra 14 B 13 #26-29 | 7432660 | Bogotá | Bogotá

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.B.S.

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S. S.O.S

Inicio vigencia del afiliado							Código Asesor					

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de ingreso a la EPS anterior										Fecha de retiro a la EPS anterior								

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de afiliación al Sistema			Entidad Anterior de Prevención Seguridad Social en Salud o EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de Ingreso a EPS anterior							
		AAAA	MM	DD			AADA	MM	DD					
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o la publicada en la página web:

	SI	NO
1.¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?		
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?		
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?		
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?		
vo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?		

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios a cargo. Los datos personales suministrados existen o estaran incluidos en distintas bases de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS y sus aliados estratégicos conforme a la finalidad y objeto social de la misma, para el uso exclusivo. EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013; en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS (físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS SOS. c) El suministro y transmisión de información requerida para garantizar la prestación de servicios y gestionar relaciones contractuales, a sus aliados estratégicos y terceros requeridos. d) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a reestablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. e) Envio de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. f) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. g) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. h) Envio de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. i) Realización de actualización de datos. j) En general para cualquier otra finalidad que se derive de la naturaleza jurídica de EPS SOS.

Los datos suministrados que pueden ser sensibles, serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS, sus aliados estratégicos y terceros requeridos, corresponden a datos personales, de salud y/o datos particulares requeridos oficiosamente para cumplimientos de ley.

De acuerdo al artículo 8 de la ley 1581 de 2012, como titular de la información se tiene los siguientes derechos: 1) conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados; 2) solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular; 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee; 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a traves de la página web www.sos.com.co

El titular de la información suministrada, podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica protecciondedatos@sos.com.co. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es veridica. Así mismo, expreso que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI ☐ NO ☐

Firma del Cotizante Marcela Carvajal Maya

C.C. No.

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C No.

Firma del Compañero(a)
C.C No.

la-proteccion-de-datos-de-los-colombianos.aspx)

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2019-11-29

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1005860533	MARCELA		CARVAJAL	MAYA	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2019-12-01

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	Contributivo	21/07/2003	Retirado	COTIZANTE	SANTIAGO DE CALI

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2019-11-29

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2019-07-17	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2019-11-29

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2019-11-29

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2019-10-31

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2019-11-29

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2019-10-31

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : miércoles, 04 de diciembre de 2019

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4
(http[illegible]aspx)
en-

Comfandi
Tu mano amiga

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

INTERLOCUTOR COMERCIAL (BP)

I. TIPO DE NOVEDAD

☒ INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR | ☐ ADICIÓN DE PERSONA(S) A CARGO | ☐ REINGRESO DE TRABAJADOR | ☐ SOCIO NO APORTANTE

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: easyclean ESP SAS | TIPO DOCUMENTO: ☒ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NÚMERO DOCUMENTO: 860522931 | NOMBRE SUCURSAL: | TELÉFONO FIJO: 742 3206

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: CRA 72 B 15 #20 B-79 | DEPARTAMENTO: Bogotá | CIUDAD: Bogotá

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Marcela | SEGUNDO NOMBRE: | PRIMER APELLIDO: Carvajal | SEGUNDO APELLIDO: Mora.

TIPO DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: 1065866053 | FECHA DE NACIMIENTO: 8 4 2000 | SEXO: ☒ F ☐ M

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO | NIVEL EDUCATIVO: ☐ NINGUNO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TECNICO ☐ PROFESIONAL ☐ POSTGRADO

DIRECCIÓN RESIDENCIA: CR 7 # 4N - 29 | BARRIO: Comercio | CIUDAD: Cali | DEPARTAMENTO: Valle del Cauca.

SECTOR: ☐ RURAL ☒ URBANO | TELÉFONO MÓVIL: 3152611086 65 | TELÉFONO FIJO: 4407129 97 | EMAIL PERSONAL:

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 01 12 19 | HORAS CONTRATADAS: DIARIAS: 8 | TOTAL MES: 240 | SALARIO BÁSICO: $ 828.116 | COMISIONES: $

TOTAL SALARIO: $ 828.116 | TIPO SALARIO: ☒ FIJO ☐ VARIABLE ☐ INTEGRAL | TIPO DE CONTRATO: ☐ INDEFINIDO ☐ FIJO ☒ LABOR U OBRA

TIPO ACTIVIDAD - CARGO: ☐ DIRECTIVO ☐ ADMINISTRATIVO ☒ OPERATIVO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS EDUCATIVOS ☐ SERVICIOS GENERALES ☐ SERVICIOS DOMÉSTICOS

PERTENECE AL SECTOR AGROPECUARIO: ☐ SI ☒ NO | NOMBRE DEL CARGO: Coustro Asistencial cocina

V. DATOS DE OTROS EMPLEADORES DEL TRABAJADOR

TRABAJA EN OTRA EMPRESA: ☐ SI ☐ NO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

TIPO DOCUMENTO: ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: | HORAS CONTRATADAS: | DIARIAS: | TOTAL MES:

SALARIO MES: BÁSICO $ | COMISIONES $ | TOTAL SALARIO $

VI. DATOS CONYUGE O COMPAÑERO (A)

PRIMER NOMBRE: | SEGUNDO NOMBRE: | PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DOCUMENTO: ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NÚMERO DOCUMENTO: | FECHA DE NACIMIENTO: | SEXO: ☐ F ☐ M

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | TIPO DOCUMENTO: ☐ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NÚMERO DOCUMENTO: | HORAS CONTRATADAS: | DIARIAS: | TOTAL MES: | SALARIO MES: BÁSICO $

COMISIONES $ | TOTAL SALARIO $ | RECIBE SUBSIDIO: ☐ SI ☐ NO | CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO:

VII. DATOS PERSONAS A CARGO

NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, HIJASTROS, PADRES O HERMANOS HUERFANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO (CC CE TI RC PA PE)	NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO (DD MM AAAA)	SEXO (M F)	PARENTESCO (HIJO HIJASTRO PADRE HERMANO)	INVALIDEZ	NIVEL EDUCATIVO (NINGUNO PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA TECNICO PROFESIONAL POSTGRADO)

VIII. DECLARACIÓN JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependen(n) económicamente de mí, y donde mi(s) padre(madre)(s), relacionadora(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n) salario, renta o pensión alguna, ni estan) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar". Artículos 27,28,29,30,31 y 32 de la Ley 21/82"Declaro bajo la gravedad de juramento que todo la información aquí suministrada es veridica. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí consignados y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley".

Marcela Carvajal M.
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Representante Legal
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CIUDAD Y FECHA DE RADICACION

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFANDI

REGISTRO DE DOCUMENTOS

- ☐ FOTOCOPIA DOCUMENTOS DE IDENTIDAD
- ☐ REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
- ☐ REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
- ☐ CERTIFICADO ESCOLAR
- ☐ CARTA LABORAL CONYUGE O COMPAÑERO (A)
- ☐ CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
- ☐ CERTIFICADO EPS
- ☐ FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO
- ☐ FOTOCOPIA CUSTODIA LEGAL

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

OBSERVACIONES:

easyclean
NIT: 860.522.931-2

No.

FECHA: 10/12/19 HORA:

RECIBI:

NO IMPLICA ACEPTACIÓN

FECHA DE GRABACION

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS), le ofrece bienestar y salud a los trabajadores de medios y bajos ingresos y a sus familias

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

VIGILADO Supersubsidio

COD. 7500369

Comfandi
Tu mano amiga
NIT. 890 303 208-5

Departamento del Valle del Cauca, Enero 21 de 2020

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

HACE CONSTAR QUE:

MARCELA CARVAJAL MAYA identificado con Cédula de Ciudadanía 1005860533 se encuentra afiliado (a) en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi - Comfandi, por la empresa EASYCLEAN G&E S.A.S con Nit 8605229312 , desde el 12 de Diciembre de 2019 .

Cordialmente,

Pilar Rocio Calero Sanchez
Gerente de Nuevos Productos y Canales de Atención

VIGILADO SuperSubsidio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Ciudad y fecha: Cali, 28 Nov 2019	**Cargo:** Aux de Cocina
Nombres: Marcela Carvajal Maya	**Cedula:** 1005860533

En las preguntas del 1al 6, marque con una X la opción que considere es la correcta:

1. Qué se prohíbe en la política de no alcohol, drogas y no fumadores:
   a. La posesión, uso y venta de alcohol y drogas en las instalaciones y puesto de trabajo.
   b. Tomar medicamentos cuando se sienta enfermo
   c. Presentarse a trabajar bajo efectos de alcohol, drogas y/o sustancias alucinógenas.
   X a y c

2. A cuál de estos riesgos está usted expuesto en su puesto de trabajo:
   a. Riesgo locativo
   b. Riesgo ergonómico
   c. Riesgo psicosocial
   X. Todos los anteriores

3. Qué derechos adquiere desde el primer día de trabajo en seguridad social
   a. Afiliación a EPS.
   b. Afiliación a Caja de Compensación
   c. Fondo de pensión
   X. Todas las anteriores

4. Es obligación suya:
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de Salud Ocupacional de la empresa.
   c. Usar de forma correcta los elementos de protección personal que le sean suministrados.
   d. Evitar realizar actos inseguros.
   X. Todas las anteriores.

5. En cada una de líneas escriba una de las siguientes palabras para formar la MISION de GYE.

Cultura organizacional	Misión	Servicios generales	integrales

Nuestra misión es ofrecer soluciones integrales de alta calidad en Servicios y logística a través del compromiso y el fomento de la Cultura, para la satisfacción del cliente.

6. En cada una de líneas escriba una de las siguientes palabras para formar la Política de Gestión Integral de GYE

Eficiente	Satisfacción	Medio ambiente	Cumplimiento

TEMAS DICTADOS EN INDUCCIÓN		VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

GENERALIDADES DE LA EMPRESA	SI	NO	NO APLICA
Reseña histórica.	X		
Misión	X		
Visión	X		
Organigrama	X		
Política de gestión integral	X		
Objetivos de gestión integral			
Política de No Alcohol, drogas y no fumadores	X		

RECURSOS HUMANOS	SI	NO	NO APLICA
Clase de contrato a firmar	✓		
Formas de terminación del contrato	X		
Derechos adquiridos (vacaciones, prima, salario, etc.)	X		
Seguridad Social (EPS)	X		
Ley 100 (Pensión)	X		
Reglamento interno de trabajo	X		

SEGURIDAD , SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE	SI	NO	NO APLICA
Roles y Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo	X		
Conceptos básicos de Seguridad y Salud en el Trabajo	X		
Uso y cuidados – Elementos de protección personal	X		
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	X		
Accidente de trabajo y enfermedad laboral	X		
Procedimiento de reporte, atención de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales	X		
Qué hacer en caso de accidente de trabajo	X		
Manejo de residuos sólidos	X		
Atención de emergencias	X		
Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial	X		
Riesgos principales a los que está expuesto en el cargo	X		
Aspectos ambientales	X		
Responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo y medio ambiente	X		

PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROPIO A LAS ACTIVIDADES A EJECUTAR	SI	NO	NO APLICA
Compromisos del trabajador del grupo GYE ESTRATEGIA SAS	X		
Horarios de trabajo	X		
Certifico que conozco las funciones de mi cargo a desempeñar	X		
Aspectos disciplinarios	X		
Certifico que recibo Carnet de Empresa y ARL	X		

Nombre del Empleado Marcela Carvajal Firma: Marcela Carvajal M.

Ciudad y fecha _____

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS : Marcela Carvajal Maya

CARGO Aux de Cocina

C.C. No. : 1005860533 DE Cali

L.M. No. : _____ CLASE _____ DISTRITO _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Cali, 08 abril 2000

EDAD : 19 ESTATURA : _____

PESO : _____

CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: 315 2610866

DIRECCION : 06 7# 4N 29

BARRIO : B/l Comercio TELEFONO : 486 7297

R.H. : _____ ESTADO CIVIL : soltero

NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller Academico

EPS: SOS FONDO DE PENSION: Porvenir

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	TELÉFONO	VIVE CON EL? SI	NO	PARENTESCO
_____	_____	___	___	_____
_____	_____	___	___	_____
_____	_____	___	___	_____
_____	_____	___	___	_____
_____	_____	___	___	_____
_____	_____	___	___	_____

FIRMA : Marcela Carvajal FECHA: _____

COMPROMISOS LABORALES FIJADOS

Compromisos adquiridos por parte de los nuevos empleados de GyE (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN), con el fin de dar a conocer toda la información relacionada con el proceso de cambio de EPS, AFP y Seguridad y Salud en el Trabajo.

- **Dicha acta de compromiso establece lo siguiente:**

1. A partir de la fecha de ingreso del empleado a la empresa, deberá esperar 3 meses para poder hacer su proceso de cambio de EPS, si así lo desea.
2. Los procesos de cambio de EPS y AFP deben ser llevados únicamente por el personal administrativo de GyE.
3. Todo traslado se debe solicitar mediante una carta firmada y radicada en la cual aclare a que Eps desea hacer el cambio.
4. El hecho de informar por medio de carta, no quiere decir que el traslado se va a efectuar, ya que depende únicamente de las políticas de cada EPS, después de hacer la respectiva verificación del posible traslado exitoso.
5. Si el empleado decide hacer el cambio de su EPS primaria, se hará responsable de los efectos que esto conlleva, por ejemplo: la no atención en su eps primaria, el no traslado exitoso de eps, el estado de la persona generara mora impidiendo la atención del cotizante y su grupo familiar por dos o más meses aproximadamente.
6. Reportar los accidentes laborales a tiempo, así como las condiciones inseguras que se evidencien dentro del lugar de trabajo.
7. Suministrar a la compañía la documentación necesaria referente a incapacidades médicas y procesos de medicina laboral como recomendaciones médicas, notificaciones de EPS, AFP y demás.
8. Mantener en orden y aseo su lugar de trabajo así como usar debidamente las herramientas suministradas para la prestación del servicio.
9. Acoger todas y cada una de las políticas de la compañía, así como los reglamentos, procedimientos y colocar en práctica las recomendaciones divulgadas en la cartilla de reglas de oro para la prevención de riesgos.

El cumplimiento de estos compromisos es de carácter obligatorio, con el fin de brindar la información oportuna en cuanto al tema de traslado de EPS, sus implicaciones, y respetar las políticas de la compañía para su debida implementación.

FECHA: _____/_____/_____

NOMBRE: Marcela Carvajal CEDULA: 1005860533

FIRMA: Marcela Carvajal M.

ACTA DE COMPROMISO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO EN GYE

Yo Marcela Carvajal Mava en mi calidad de colaborador o funcionario de GYE, me comprometo a:

1.- Acoger el Código de Ética y de Buen Gobierno de la empresa y expreso que los valores relacionados a continuación (honestidad, compromiso, trabajo en equipo, uso eficiente de los recursos, paz, vocación de servicio) guiarán el desarrollo de mis funciones y mi quehacer cotidiano.

2.- Desempeñarme como colaborador, acorde con los valores éticos anotados y claramente descritos en el Código de Ética y de Buen Gobierno de la empresa GYE.

3.- Apropiar, interiorizar y aplicar en todo mí actuar el Código de Ética y de Buen Gobierno de GYE.

4.- Promover y estimular permanentemente a mis compañeros de trabajo para que estos Valores Éticos, formen parte del trabajo diario de los colaboradores de GYE.

5.- Abstenerme de negociar la observancia de los valores que conforman este decálogo y exigir su fiel cumplimiento.

6.- Erradicar de mis actividades toda práctica contraria al presente Código de Ética y de Buen Gobierno construido y adoptado por la empresa GYE,

Marcela Carvajal M.

FIRMA COLABORADOR

GYE

ENTREVISTA		VERSION	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Aspirante: Marcela Carvajal

Cargo al que aspira: logistico Asistencial cocina

Aspiracion salarial: minimo

Disponibilidad de tiempo Completo

Nombre del entrevistador: Vanessa Calderón

Verificar que:	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Es puntual al llegar a la entrevista:	✓		
2. Su presentacion personal es acorde al cargo al que aspira:	✓		
3. Su hoja de vida tene una presentacion adecuada:	✓		
4. Cumple con los requisitos academicos exigidos para la ocupacion del cargo:	✓		
5. Cumple con la experiencia exigida para la ocupacion del cargo:	✓		
6. Demuestra seguridad en sus respuestas:	✓		
7. Buena comunicaciónb verbal:	✓		
8. Actitud frente al entrevistador (comportamientos, modales)	✓		

Puntaje Obtenido: 8

Nota: El aspirante debe obtener minimo 7 puntos para continuar con el procesos de selección y contratación

Aprobado: ✓ Rechazado: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

Firma del entrevistador: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:	
NOMBRE DEL ASPIRANTE:	
PUESTO SOLICITADO:	
FECHA	

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

easy

SALUDO
Preguntar/ indagar: saludo, presentacion. Breve explicación del objetivo de la entrevista, pregunta inical formal:

	CONCEPTO	SI	NO	OBSERVACIONES
FORMACIÓN	¿ Que nivel educativo tiene, hasta que curso?			Bachiller tecnico
	¿ Donde realizo los estudios?			Inst Edu - Santo tomas
PASADO PROFESIONAL	Hableme de sus experiencias profesionales. ¿ Que cargo es el ultimo que a desempeñado?			Aux Administrativo.
	¿Por qué dejo el ultimo empleo?			Practicas.
	¿ De todo lo que a hecho hasta ahora, que es lo que , mas le gusta y porque?			Estar Aprendiendo.
MOTIVO DE SOLICITUD	¿ porque le gustaria trabajar en este establecimiento y no en otro?			Porque ahi iniciare mi Vida Profesional
	¿ Que le llamo la atencion de la empresa?			Que es un ambiente nuevo.
	¿Cuál cree que puede ser su aporte?			mis conocimientos.
COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO	¿Qué experiencias tiene en el trabjo?		X	
	¿ Que opina de sus directores anteriores? ¿Qué aspectos positivos tenian? ¿Qué aspectos negativos?		X	
	¿Tuvo problemas con alguien? Si el evaluado responde si, preguntar ¿como lo soluciono? Si el evaluado responde no, preguntar ¿Qué hacia para tener buenas relaciones interpersonales?		X	
POTENCIAL DE DESARROLLO	¿Cree usted que es la persona idonea para el cargo? ¿Por qué?	X		Porque aprendo rapido
	¿Cómo persona admitida al cargo que nos puede aportar a la empresa?			todo el amor que tengo por lo que estudie.
	Si usted fuera seleccionado, ¿ como se proyecta de aqui a un año?			Ascendiendo.
CONDICIONES PERSONALES	¿Tiene usted alguna actividad extemporanea? ¿Es formal? ¿Hace cuanto tiempo?	X		estudiar
	¿Puede incorporarse inmediatamente a este puesto?	X		
	¿A que se dedica en su tiempo libre?			con Amigos y familia
	¿Tiene otras aficiones que no a podido desarrolar y aspira hacerlo en el futuro?		X	
	Digame 2 fortalezas y 2 Debilidades			comprometida. dedicada.
SITUACIÓN FAMILIAR	¿Cuál es su estado civil? Si es casado ¿Tiene Hijos? Edad Si es soltero ¿Tiene proyectos, de conformar una familia?		X	
	Si, esta casado ¿su conyugue trabaja?		X	
SEGURIDAD	¿Ha estado en grupos subersivos al margen de la ley?		X	
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?		X	
	¿Tiene o ha tenido parientes en la carcel?		X	
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?	X		
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?		X	
	¿Esta embarazada?		X	

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

CIRCULAR INFORMATIVA

GESTORES Y ESTRATEGAS DE SERVICIOS (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN) le da la bienvenida a nuestro grupo de trabajo; somos una empresa comprometida con la calidad de vida de las personas y del medio ambiente, por tal razón y mediante la presente circular queremos que usted sea parte de nuestros procesos y se comprometa a cumplirlos a cabalidad; para ello, es necesario que a partir de la fecha y cuando inicie la relación contractual con la compañía, presente todas las incapacidades con la documentación original y pertinente para el cobro de las mismas y así no presentar contratiempos ni malos entendidos, recuerden que es un deber como trabajador velar por sus propios intereses y aportar a la compañía todo lo que sea necesario para la ejecución de procedimientos que le compete directamente y disposición necesaria para no entorpecer los procesos de la compañía.

Nota: *en caso tal de no enviar la documentación pertinente dentro del tiempo estipulado, la incapacidad no será cobrada por ende tampoco pagada debido a la falta de recursos físicos para gestión de la misma.*

Atentamente,

Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo
GESTORES Y ESTRATEGAS DE SERVICIOS (EASYCLEAN, EASYMAIL Y ULTRACLEAN)

Recibí y entendí satisfactoriamente:

Marcela Carvajal M.

Nombres y Apellidos: Marcela Carvajal

Fecha:

GESTORES Y ESTRATEGAS EN SERVICIOS
EASYCLEAN GYE S.A.S., ULTRACLEAN S.A.S., EASYMAIL S.A.S.
AUTORIZACIÓN FIRMAS SEGURIDAD SOCIAL

FECHA: _____/_____/_____ Ciudad _____

Señores
GYE Grupo Y Estratégia S.A.S

Yo _____ Con cédula de ciudadanía N°_____
De: _____Autorizo a la empresa GYE Grupo y Estratégia S.A.S para que firmen a mi nombre las correspondientes afiliaciones a la seguridad social como son ARL, EPS Y Caja de Compensación Familiar esto para los fines pertinentes de mi vinculación laboral con ustedes.

Nota: Doy fe que en la inducción se me explicó y soy consciente que para afiliar a mis beneficiarios a la EPS tengo que llevar la documentación directamente a la EPS correspondiente e incluirlos en mi núcleo familiar.

Nombre: Marcela Carvajal M.
Firma: Marcela Carvajal M.
Cédula: 1005860533 **De:** Cali

FORMATO ENTREGA DE DOTACIÓN		VERSION:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Reclamar en: HERVALCO **Calle 79 No. 69P - 48 Ferias**

Autorizamos al Sr. (a): MARCELA CARVAJAL MAYA

Cedula de Ciudadania No: 1005860533

Contrato/Sede: **AVIACION CALI**

Fecha: 1/12/2019

Articulo	Color	Talla	Cantidad
Uniforme	**GRIS**	**18**	**2**
Overol Hombre Dos Piezas			
Delantal Nuevo			
Bota Caucho Caña Baja			
Zapato Evacol			
Bota Caucho Caña Alta			
Camisa Polo Manga Larga			
Bota Cuero punta de acero	**NEGRO**	37	**1**
Gorra		**UNICA**	**1**
Cofia		**UNICA**	**1**

Firma Jefe de Compras	Firma de quien Autoriza

2 UNIFORME 1 ZAPATO EVACOL

Cantidad de dotación autorizada en letras y numero

CC: 1005860533

Marcela Carvajal M.

Firma y Cedula Empleado

PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali - Colombia
Cel. 3183973263 - 315 3401091 Tel. 5142000
gerencia@preversst.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.373

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2019 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

EASYCLEAN G&E SAS	EASYCLEAN G&E SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

CARVAJAL MAYA MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	19 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC	1005860533
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
LOGISTICO ASISTECIAL COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	KOH DE UÑAS	✓
SEROLOGÍA	✓	COPROLÓGICO	✓
FROTIS DE GARGANTA (SIN CULTIVO)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION CONTROL DE PESO	USO DE EPP : USO DE COFIA (GORRO), BOTAS, GUANTES Y/O TAPABOCAS, GAFAS DE SER NECESARIO Y DE ACUERDO A LA MATRIZ DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	OTROS : EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. HIGIENE POSTURAL, HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y NORMAS DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD TRABAJO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico | **Aspirante o Trabajador**

Firma:		**Firma:**	Marcela Carvajal M
Nombre:	VIVEROS OBANDO ANGELA ARCENE	**Nombre:**	CARVAJAL MAYA MARCELA
R. M.:	520610 **L.S.O.:** 0946/20MAYO2019	**CC:**	1005860533

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

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. 213422 correspondiente a la empresa Easyclean Gye S.a.s.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
MARCELA CARVAJAL MAYA	C.C.	1.005.860.533	01/12/2019	RIESGO III	2.436	SUCURSAL 2.436

Cordialmente,

Ma. Consuelo Peña R.

MARIA CONSUELO PEÑUELA RAMOS
GERENCIA DE OPERACIONES
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de diciembre de 2019 a las 10:05:28 a.m.

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

CONTRATO DE TRABAJO POR LA DURACIÓN DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPLEADOR	**EASYCLEAN GYE SAS**
TRABAJADOR	MARCELA CARVAJAL MAYA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1005860533
CARGO	LOGISTICO ASISTENCIAL COCINA
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	CALI
FECHA DE INICIO	1 DE DICIEMBRE DEL 2019
OBRA O LABOR	ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y MINISTERIO DE DEFENSA- FUERZA AÉREA COLOMBIANA ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN CTO 180-00-J-EMAVI-GRUAL-2019 con la NACIÓN
PERIODO DE PRUEBA	Una quinta parte del contrato inicial

Entre los suscritos, **EASYCLEAN GYE S.A.S**, representada por **SUSANA VERONICA CASTRILLO SAYAS** , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.096.201.677** quien, , para los efectos del presente documento se denominará el EMPLEADOR o LA COMPAÑÍA y, MARCELA CARVAJAL MAYA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1005860533 de las condiciones arriba anotadas, quien para los efectos del presente documento se denominará el TRABAJADOR, han celebrado el presente contrato de trabajo por obra o labro el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA: OBLIGACIONES GENERALES: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de EL TRABAJADOR y este se compromete a:

1. Incorporar a su servicio toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, ejecutando de buena fe y personalmente su labor, acorde con las funciones y las responsabilidades inherentes al cargo, las conexas y complementarias que se originen del mismo cargo, todo de conformidad con las normas e instrucciones que en forma verbal o estricta le imparta EL EMPLEADOR o sus representantes. Igualmente se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio.
2. El servicio antes dicho lo prestará personalmente EL TRABAJADOR en el lugar mencionado al inicio del presente contrato. Las partes convienen que EL EMPLEADOR queda facultado para asignar a EL TRABAJADOR oficios o trabajos diferentes o para asignarle otras funciones. Siempre que el cambio no implique desmejora de la remuneración y categoría de EL TRABAJADOR.
3. Guardar en el desempeño de sus funciones y fuera de ellas, la discreción, confidencialidad, respeto y lealtad que debe a EL EMPLEADOR.
4. Responder por todos y cada uno de los elementos de trabajo que le entregue EL EMPLEADOR para el desempeño de su cargo.
5. Devolver oportunamente los equipos, valores, documentos, carpetas, sumas de dinero y demás elementos de trabajo que le entregue EL EMPLEADOR para el desempeño de su cargo.
6. Entregar oportunamente todos los equipos, valores, documentos, sumas de dinero y demás, que reciba de EL EMPLEADOR o de terceros en ejercicio de su cargo.
7. Observar en el desempeño de sus funciones la diligencia y el cuidado necesario, absteniéndose de ejecutar labores u ocupaciones que puedan entorpecer dicho desempeño o menoscabar su rendimiento personal, así como todas aquellas que emanen de la naturaleza de la labor contratada.
8. Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos, maquinas, útiles y demás elementos que se le hayan facilitado.
9. Guardar rigurosamente la moral con sus superiores y demás compañeros de trabajo.
10. Comunicar oportunamente a EL EMPLEADOR las observaciones que estime conducentes para evitarle daños y perjuicios.
11. Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o de riesgos inminentes que amenacen las personas y las cosas de EL EMPLEADOR.

SEXTA: PROHIBICIONES. Además de las prohibiciones determinadas en la ley y en las normas internas de la empresa, se prohíbe especialmente:

1. Recibir o pedir regalos, atenciones y cualquier clase de dádivas en dinero o en especie, por parte de funcionarios de los clientes o proveedores del EMPLEADOR y/o de sus familiares.
2. Igualmente opera esta prohibición, en cuanto a que EL TRABAJADOR no podrá dar regalos, ofrecer atenciones o cualquier clase de dádivas en dinero o en especie a funcionarios de los clientes o proveedores del EMPLEADOR y/o a sus familiares. Como regla general se aplican estas prohibiciones al trabajador, pero excepcionalmente dejarán de aplicarse en los casos en que por razón del cargo que desempeña se encuentre debidamente autorizado para ello.
3. Atender durante la jornada de trabajo asuntos u ocupaciones distintas a los que la Empresa le encomiende;
4. Autorizar o ejecutar sin ser de su competencia, operaciones que afecten los intereses de la Empresa, o negociar bienes, servicios y/o mercancías del empleador en provecho propio.
5. Prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores, salvo autorización previa y expresa de la Empresa, por efectos de negocios realizados por esta;
6. Faltar al trabajo, abandonar el sitio de trabajo, a menos que exista justa causa plenamente comprobada,
7. Efectuar cualquier actividad insegura que exponga su salubridad, mientras se encuentre incapacitado;
8. Retener dinero o hacer efectivos cheques recibidos para el EMPLEADOR.
9. Incurrir en perdida deliberada o injustificada de tiempo;
10. Ceder total o parcialmente a terceros la ejecución de las obligaciones derivadas de este contrato;
11. Retener o modificar injustificadamente información (en cualquier medio, sea físico, electrónico o archivos) o solicitudes que haya recibido para el normal desempeño de sus funciones;
12. Suministrar a terceros información sobre la que tiene acceso o sobre la que llegare a tener a conocimiento, salvo cuando actué en conocimiento de sus funciones, en especial cualquier tipo de información relacionada con los clientes;
13. Copiar, distribuir o transferir electrónicamente o por cualquier otro medio, programas, archivos, software o manuales de propiedad bajo licencia de la Empresa.
14. Presentar cuentas de gastos ficticias o reportar como cumplidas labores o tareas no efectuadas.
15. Cualquier actitud o conducta incurrida por el TRABAJADOR en los compromisos comerciales, personales o en las relaciones sociales, que pueda afectar en forma nociva la reputación del EMPLEADOR.
16. Distorsionar la verdad o faltar a ella en aspectos que afecten sus funciones como trabajador.
17. Retirar de las instalaciones donde funcione la empresa elementos, máquinas, y útiles de propiedad del empleador sin su autorización.

SÉPTIMA. REMUNERACIÓN. SALARIO FIJO. EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el Salario de la siguiente forma:

a) Cuantía de Salario: OCHOCIENTOS VENTI OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS ($ 828.116)
b) forma de pago: MENSUAL mediante abono en cuenta Bancaria según los datos suministrados por escrito por parte del Trabajador

Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO 1.**—Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, en dinero o en especie, no constituyen salario. **PARÁGRAFO 2: EL**

12. Las repetidas desavenencias con sus superiores o con sus compañeros de trabajo;
13. El abandono del puesto de trabajo sin el permiso de sus superiores
14. La utilización de equipo de comunicación en lugares prohibidos para su uso.
15. Malversación de los recursos entregados por la compañía.
16. Entregar información o documentación falsa al ingreso de la compañía

DÉCIMA TERCERA: INVENCIONES. Las invenciones realizadas por **EL TRABAJADOR** le pertenecen a la Empresa siempre y cuando estas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada.

Los descubrimientos e invenciones y las mejoras en los procedimientos, lo mismo que todos los trabajos y consiguientes resultados de la actividad del **TRABAJADOR** mientras preste sus servicios al **EMPLEADOR** incluso aquellos de que trata el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre Derechos de Autor quedarán de propiedad exclusiva del **EMPLEADOR.**

DÉCIMA CUARTA: TRASLADOS. EL **TRABAJADOR** acepta que EL **EMPLEADOR** podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menoscabe el honor, la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. EL EMPLEADOR está obligado a asumir los gastos originados en el traslado, siempre que sea una decisión unilateral de la Empresa.

DÉCIMA QUINTA: EXCLUSIVIDAD. EL TRABAJADOR, así lo entiende y acepta, que por la índole de las labores que va a desarrollar, tendrá para con su **EMPLEADOR** exclusividad laboral, en virtud de la cual, se obliga a no prestar sus servicios para otro tipo de empleadores, ni a desarrollar por cuenta propia o ajena cualquier tipo de servicio o labor en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato.

DÉCIMO SEXTA. EFECTOS Y MODIFICACIONES: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de éste contrato.

EL TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por **EL EMPLEADOR**, en lo referente a sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la ley.

DÉCIMA SÉPTIMA. DIRECCIÓN. Para todos los efectos del presente el **TRABAJADOR** se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **EL EMPLEADOR** cualquier cambio en su dirección de residencia, teniéndose en todo caso como suya, la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA OCTAVA. INTERPRETACIÓN. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo a la ley colombiana, la doctrina y Jurisprudencia, será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en el artículo 1o., es lograr la justicia de las relaciones entre **EMPLEADORES** y **TRABAJADORES**, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma este contrato, en la ciudad de Bogotá, el 1 DE DICIEMBRE DEL 2019, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.

EL EMPLEADOR
NIT.

CC: 1005860533
Marcela Carvajal.
MARCELA CARVAJAL MAYA
C.C. 1005860533