minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1003

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

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

Fecha	Empleo o cargo en el que está Interesado	Código cargo
D 12 M 12 A 18		

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Quiceno marquez	Nombre(s) del aspirante: Jesus antonio
Lugar y fecha de nacimiento: Palmira 23 Enero 1960	
Dirección domicilio / Barrio: Jardines yotoco	Ciudad:
Teléfono: 3167243766	No. Celular:
Correo electrónico:	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Oficios varios	(*) Estado civil: union libre
Años de experiencia laboral: 45 años	

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 16673430	(**) Libreta militar N° 7902423	Primera clase: [X]	
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: [ ]	
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ]	¿En qué empresa? Cosmoaseo	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato: Termino obra
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o poblacion ha vivido la mayor parte de su vida? Cali Palmira Tulua	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Cali Tulua Palmira	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 650.000	
¿Por qué conceptos? arriendo alimentacion y demas		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ El asignado	
¿Cuál es su principal afición? Futbool	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

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

alludar a mi familia es mi prioridad

1057 955

7702122400781

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa: Cosmoaseo | Dirección: Cali | Teléfono(s):

Nombre de su jefe inmediato: Tatiana Gomez | Cargo: Jefe | Fecha de ingreso: D M A | Fecha de retiro: D M A

Total tiempo servido | Sueldo inicial: $ | Sueldo final o actual: $ | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Logros obtenidos: Experiencia

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

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso: D M A | Fecha de retiro: D M A

Total tiempo servido | Sueldo inicial: $ | Sueldo final o actual: $ | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso: D M A | Fecha de retiro: D M A

Total tiempo servido | Sueldo inicial: $ | Sueldo final o actual: $ | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

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

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? | Fecha de afiliación: | Cotizante ☐ Beneficiario ☐

¿Fondo de pensiones? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? | Fecha de afiliación:

¿Fondo de cesantias? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? | Fecha de afiliación:

minerva

Si desea diligenciar este formato en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprímalo desprendiendo las hojas por esta perforación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119174247

WEB
13:22:30

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

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) JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16673430:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 13:23:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	16673430
Código de Verificación	16673430181213132308

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 13:35:24 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **16673430**
Apellidos y Nombres: **QUICENO MARQUEZ JESUS ANTONIO**

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.

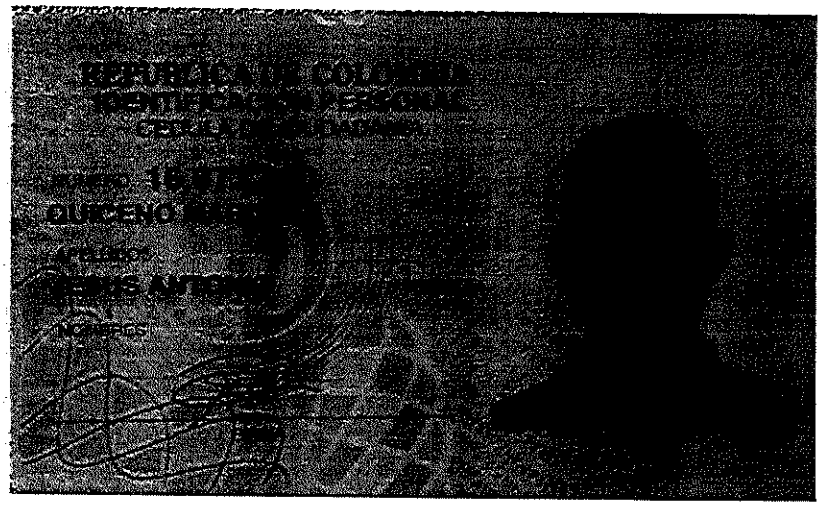
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

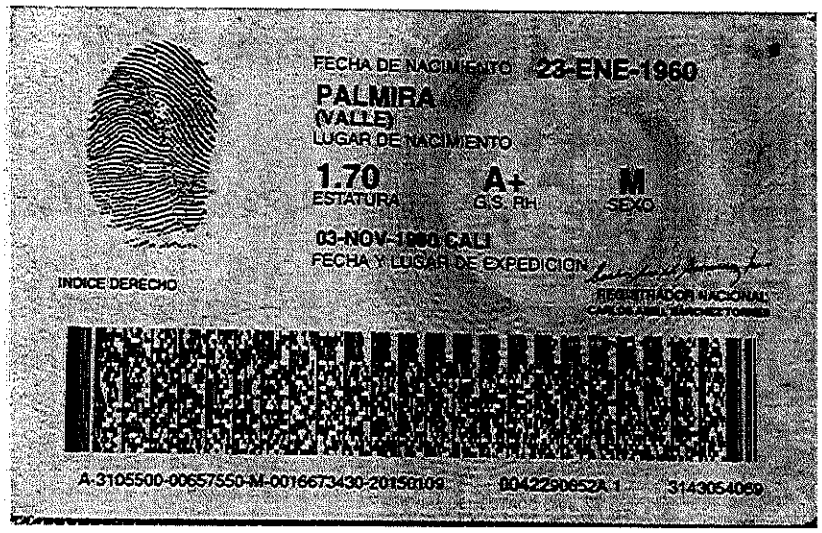
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). 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. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1960
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
03-NOV-1980 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-3105500-00657550-M-0016673430-20150109 0042290652A 1 3143054060

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

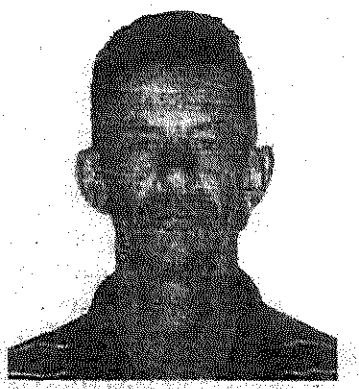
NUMERO **16.673.430**

QUICENO MARQUEZ

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1960**

PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-NOV-1980 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 3105500-00657550 M 0016673430 20150109 0042290652A 1 3143054069

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

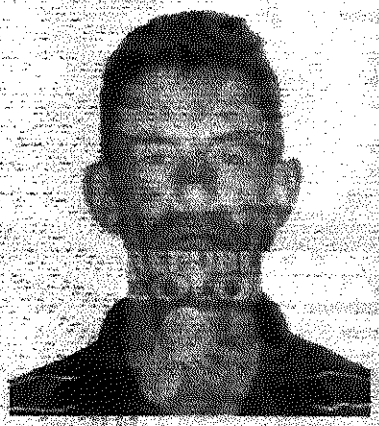
NUMERO **16.673.430**

QUICENO MARQUEZ

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1960**

PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

03-NOV-1980 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3105500-00657550-M-0016673430-20150109 0042290652A 1 3143054069

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	16673430
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	QUICENO MARQUEZ
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
ACTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	04/02/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/13/2018 13:35:31	Estación de origen:	186.82.221.24

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.

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

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

Autorizamos al Sr. (a): **JESUS QUICENO**

Cedula de Ciudadania No: **16673430**

Contrato/Sede: AVIACION CALI 11551378

Fecha: 15/01/2018

Articulo	Color	Talla	Cantidad
CAMISA		M	2
PANTALON	AZUL	30	2
Delantal			
Bota caucho caña baja			
Bota caucho caña alta			
Zapato dama			
Bota cuero hombre	NEGRO	~~39~~ 38	1
Bota dielectrica			
Otros GORRA	GRIS		1

Firma Jefe de Compras

Firma de quien Autoriza

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Directora Recursos Humanos

2 CAMISAS; 2 PANTALONES;1 PAR DE BOTAS CUERO; 1 GORRA

Cantidad de dotación autorizada en letras y numero

1667430

Firma y Cedula Empleado

FP 127

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

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	16673430
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	QUICENO MARQUEZ
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
ACTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	04/02/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/13/2018 08:47:54	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 [✓] 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			
Primer Apellido: Quiceno	Segundo Apellido: Marquez	Primer Nombre: Jesus	Segundo Nombre: Antonio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
TI	16-673-430	F [ ] M [X]	23 01 11 96 10

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		$. 781.242

18. Residencia: Calima Darien | 3152001454

Cali | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Valle de Cauca

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

	24. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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: 01-3-18 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)
EASY CLEAN 6Y E S.A.S.	NIT	860.522.931-2	

39. Ubicación: Cra 74 BIS #20B-74 | 7432060 | RECURSOHUMANO@EASYCLEAN.COM.CO | Bogota

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.O.S.

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

Inicio vigencia del afiliado							Código Asesor		Sucursal		Ciudad/Municipio	

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			Fecha de retiro a EPS Anterior			Dirección de residencia	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	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:

	SÍ	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 afiliación 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?		
5. ¿Si tuvo 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 (en caso de afiliaciones POS). Esta información existe en la base de datos de la 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) 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. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos.

Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS corresponden a datos de salud.

De acuerdo al artículo 8 de la ley 1581 de 2012, usted 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 través de la página web www.sos.som.co

El titular de la información suministrada, podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensordelusuario@sos.com.co o proteccióndedatos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.

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 _____

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.

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.O.S.

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	Afiliado por	P.A		P.E		Código Asesor 1	
Sucursal			Ciudad/Municipio											Código Asesor 2	

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

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de afiliación al Sistema			Entidad Anterior de Prevención Seguridad Social en Saludo EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Dirección de residencia	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														

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:

	SÍ	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?	Y	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	Y	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	Y	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	Y	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	Y	

Firma del Cotizante Jesus Antonio Quiceno M.

C.C. No. 16.673.430

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.

República de [illegible]

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicación	Fecha de Radicación
148321	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado Adicional [ ]

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 EP

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Quiceno Marquez Jesus Antonio

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número de documento de identidad: 16-673.430

9. Sexo: F [ ] M [X]

10. Fecha de nacimiento: 23 01 1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especia

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: AXA COLPATR

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización -IBC: 701.242

18. Residencia: Calima Darien — Teléfono fijo: 3152004454 — Barrio: Valle de cauca

Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

Cali — Departamento: Cauca

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: Primer apellido — Segundo apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

20. Tipo de documento

21. Número de documento de identidad

22. Sexo: F [ ] M [ ]

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A

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
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				D D M M A A
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 a (a registrar por la EPS)
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		
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: Easyclean S.A.S.

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número de identificación: 860.522931

38. Tipo de aportante o pagador (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Diag 74 bis # 70 b 74 — Teléfono: 7433060 — Bogota — Cundinam

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

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	16673430
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	QUICENO MARQUEZ
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
ACTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	04/02/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/13/2018 08:47:54	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.

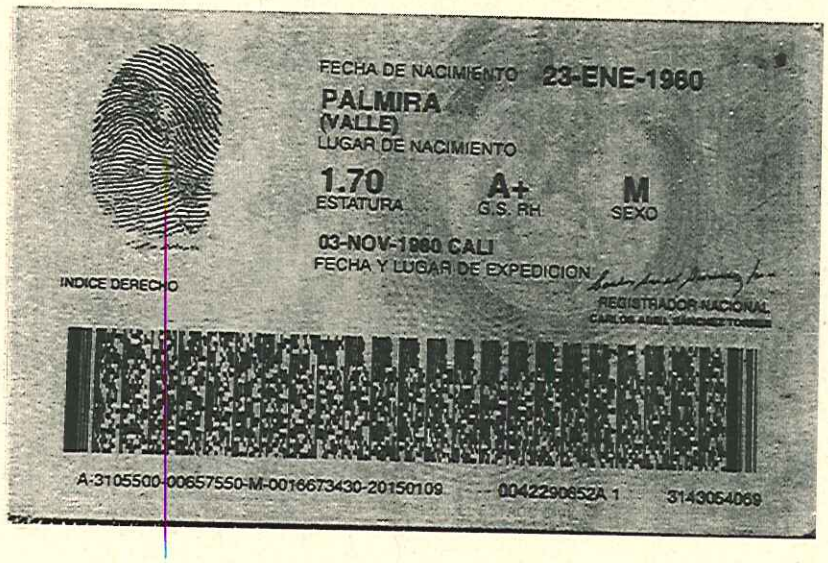
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
QUICENO
JESUS ANTONIO


FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1960
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
03-NOV-1980 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-3105500-00657550-M-0016673430-20150109 0042290652A 1 3143054069

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **16673430,** se encuentra afiliado (a) desde **05/05/1975** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	2	PROTECCION S.A.	21/10/2005	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/12/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

Ciudad y fecha: Cali - 12-12-2018	**Contrato/Sede:**
Nombre: Jesus Quiceno	**Cargo:**

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:
   - X 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.
   - d. 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. Que aspectos ambientales se presentan en su sitio de trabajo:
   - a. Consumo de insumos
   - b. Consumo de energía
   - c. Consumo de agua
   - X Todos los anteriores

4. 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

5. Qué beneficios adquiere a partir del primer día de trabajo:
   - a. Vacaciones
   - b. Prima
   - c. Cesantías
   - X Todas las anteriores

6. 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.

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

Cultura organizacional	Misión	Servicios generales	integrales

Nuestra Mision es ofrecer soluciones integrales de alta calidad en Servicios generales y logística a través del compromiso y el fomento de la cultura organizacional para la satisfacción del cliente.

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

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

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

SEGURIDAD INDUSTRIAL, SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE	SI	NO	NO APLICA
Roles y Responsabilidades en Salud Ocupacional			
Conceptos básicos de salud ocupacional			
Uso y cuidados – Elementos de protección personal			
Comité Paritario de Salud Ocupacional			
Accidente de trabajo y enfermedad profesional			
Procedimiento de reporte y atención de incidentes y accidentes de trabajo			
Qué hacer en caso de accidente de trabajo			
Manejo de desechos sólidos			
Atención de emergencias			
Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial			
Riesgos principales a los que está expuesto en el cargo			
Aspectos ambientales			
Responsabilidades en salud ocupacional y medio ambiente			

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASEO Y MANTENIMIENTO O CORREOS	SI	NO	NO APLICA
Compromisos del trabajador de GYE			
Horarios de trabajo			
Certifico que conozco las funciones de mi puesto de trabajo			
Aspectos disciplinarios			
Certifico que recibo Carnet de Empresa y ARL			

Nombre Instructor _____ Cargo: _____

Nombre del Empleado Fabiola Duran Firma: _____

Ciudad y fecha _____

G Y E

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Este formato es importante para conocer y actualizar su informacion personal, por favor diligenciar en letra clara y legible, evitar hacer tachones.
En las casillas de preguntas [SI] y [NO] marcar con una equis (X) una sola opcion.
Si tiene dudas preguntarle a la persona encargada del formato.

ACTUALIZACION DE INFORMACION PERSONAL

DATOS PERSONALES

CEDULA DE CIUDADANIA	16673430		EXPEDIDA EN	Cali	
NACIONALIDAD	Colombiano		PAIS	Colombia	
NOMBRES	Jesus Quiceno		APELLIDOS	marquez	
FECHA DE NACIMIENTO	23-01-60		EDAD	59	
MUNICIPIO NACIMIENTO	palmira		DEPARTAMENTO	Valle	
DIRECCION RESIDENCIA	Jacobes		CIUDAD	Cali	
BARRIO			TEL FIJO.		
CELULAR	3167243766		CORREO ELECTRONICO		
VIVE EN CASA	PROPIA	ALQUILADA	ESTADO CIVIL		
Nº HIJOS	SEXO	PERSONAS A CARGO	PESO EN KILOS		ESTATURA Mts
LIMITACION FISICA DEL TRABAJADOR	SI	NO	CUAL ?		
PROFESION U OFICIO			AÑOS EXPERIENCIA		
FONDO PENSION			E.P.S		

ESTUDIOS

TIPO	DURACION	FECHA DE FINALIZACION	GRADUADO SI O NO	INSTITUCION
PRIMARIA				
BACHILLERATO				
TECNICO				
TECNOLOGO				
PROFESIONAL				
ESPECIALIZACION				

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE		TELEFONO	
NOMBRE		TELEFONO	

INFORMACION DE FAMILIARES

PADRE		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
MADRE		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
CONYUGUE		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
HIJO (A)		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
HIJO (A)		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
HIJO (A)		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
HIJO (A)		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				
HIJO (A)		CEDULA				
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		RESIDE CON USTED				

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

Yo Jesus Quicho 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,

FIRMA COLABORADOR
0667347 0

GYE

Gestiones & Estrategias en servicios

COMPROMISOS LABORALES FIJADOS

Compromiso adquirido por parte de los nuevos empleados de GyE, con el fin de dar a conocer toda la información relacionada con el proceso de CAMBIO DE EPS y AFP.

- **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 ATENCION EN SU EPS PRIMARIA, EL NO TRASLADO EXITOSO DE EPS, EL ESTADO DE LA PERSONA GENERARA MORA IMPIDIENDO LA ATENCION DEL COTIZANTE Y SU GRUPO FAMILIAR POR DOS O MAS MESES APROXIMADAMENTE

El cumplimiento de este compromiso es de carácter obligatorio, con el fin de brindar la información oportuna en cuanto al tema de traslado de EPS y sus implicaciones.

FECHA: 12 / 12 / 2018

NOMBRE: JESUS Quiceno Marquez

CEDULA: 16673430

FIRMA:

NORMAS DE SEGURIDAD GYE

Definición: Son precauciones que deben asumir para reducir el riesgo en las operaciones ejecutadas por los trabajadores con el objetivo de prevenir Accidentes y Enfermedades Laborales.

1. Mantener limpia y ordenada el área de trabajo, vestieres, lockers, baños, etc.
2. Utilizar el recipiente de acuerdo al tipo de residuo: Material ordinario (Verde), material plástico (Azul), papel cartón (Gris) y material vidrio (Blanco).
3. Para evitar posibles incendios, se prohíbe fumar en las instalaciones de la empresa.
4. Reportar cualquier condición insegura y/o peligrosa informando al supervisor de cada área.
5. Es responsabilidad de cada trabajador revisar diariamente su herramienta de trabajo (escalera, carro escurridor, brilladora etc.) si encuentra algún defecto debe ser retirada inmediatamente de servicio e informar a su jefe inmediato para que el área de mantenimiento tome las medidas correctivas o la descarten como inútil si fuese el caso.
6. Se prohíbe usar accesorios; relojes, aretes, u otros objetos que se puedan enganchar en equipos o herramientas durante las labores rutinarias.
7. Se prohíbe a los empleados, presentarse a laborar en estado de embriaguez o bajo la influencia de sustancias psicoactivas o alucinógenas, por comprometer su propia seguridad y la de sus demás compañeros.
8. Es de carácter obligatorio, el uso de los elementos de protección personal suministrados por **G Y E.**
9. Evitar los actos malintencionados contra los demás compañeros que puedan desencadenar en accidentes.

Yo Jose Quiceno con cedula No.: 16673930 me comprometo con cada una de las normas descritas en este documento, entendiendo que son estipuladas por parte de GYE para mi seguridad y bienestar.

EASYCLEAN GYE S.A.S
NIT: 860522931-2
AUTORIZACIÓN FIRMAS SEGURIDAD SOCIAL

FECHA: 12 / 11 / 2018 Ciudad Cali Escuela Militar

Señores
EASYCLEAN GYE S.A.S

Yo Jesus Quiceno Con cédula de ciudadanía Nº 16673436
De: Cali Autorizo a la empresa GEASYCLEAN GYE 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: Jesus Quiceno
Firma:
Cédula: **De:**

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

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

easyclean
un todo impecable

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?			
	¿ Donde realizo los estudios?			
PASADO PROFESIONAL	Hableme de sus experiencias profesionales. ¿ Que cargo es el ultimo que a desempeñado?			
	¿Por qué dejo el ultimo empleo?			
	¿ De todo lo que a hecho hasta ahora, que es lo que , mas le gusta y porque?			
MOTIVO DE SOLICITUD	¿ porque le gustaria trabajar en este establecimiento y no en otro?			
	¿ Que le llamo la atencion de la empresa?			
	¿Cuál cree que puede ser su aporte?			
COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO	¿Qué experiencias tiene en el trabjo?			
	¿ Que opina de sus directores anteriores? ¿Qué aspectos positivos tenian? ¿Qué aspectos negativos?			
	¿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?			
POTENCIAL DE DESARROLLO	¿Cree usted que es la persona idonea para el cargo? ¿Por qué?			
	¿Cómo persona admitida al cargo que nos puede aportar a la empresa?			
	Si usted fuera seleccionado, ¿ como se proyecta de aquí a un año?			
CONDICIONES PERSONALES	¿Tiene usted alguna actividad extemporanea? ¿Es formal? ¿Hace cuanto tiempo?			
	¿Puede incorporarse inmediatamente a este puesto?			
	¿A que se dedica en su tiempo libre?			
	¿Tiene otras aficiones que no a podido desarrolar y aspira hacerlo en el futuro?			
	Digame 2 fortalezas y 2 Debilidades			
SITUACIÓN FAMILIAR	¿Cuál es su estado civil? Si es casado ¿Tiene Hijos? Edad Si es soltero ¿Tiene proyectos, de conformar una familia?			
	Si, esta casado ¿su conyugue trabaja?			
SEGURIDAD	¿Ha estado en grupos subersivos al margen de la ley?			
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?			
	¿Tiéne o ha tenido parientes en la carcel?			
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?			
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?			
	¿Esta embarazada?			

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ENTREVISTA		VERSION:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Aspirante: _____

Cargo al que aspira: _____

Aspiración salarial: _____

Disponibilidad de tiempo _____

Nombre del entrevistador: _____

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: _____

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

Aprobado: _____ Rechazado: _____

Observaciones:

_____

_____

_____

Firma del entrevistador: _____

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva

easyclean
un aliado impecable

12891

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	**Liquidación:** 15511 **LUGAR Y FECHA:** CALI	
Trabajador	JESUS ANTONIO QUINCENO MARQUEZ	**C.C./NIT** 16673430 **Contrato**	Labor contratado
CARGO:	AUXILIAR DE SERVICIOS RIESGO 2	**DURACION DE Contrato**	Labor contratado

FECHA INGRESO: 16/12/2017 **TIEMPO Vacaciones: 210** **TIEMPO SERVICIO: 210** **Cambio Salario NO**

FECHA DE RETIRO: 15/07/2018 **Dias pendientes Vacaciones:** **Base Cesantias** 869.453,00

MOTIVO RETIRO: TERMINACION CONTRATO **BASICO:** 781.242,00 **Base Prima** 869.453,00

Salario BASICO + PROMEDIO **Base Vacaciones** 781.242,00

Banco: BANCO DE BOGOTA **Cuenta** 429030299 **CENTRO COSTO:** AVIACION CALI

PAGOS				DESCUENTOS		
Concepto	**Inf.**	**Descripción**	**Valor**	**Concepto**	**Descripción**	**Valor**
5	8,75	VACACIONES PREST.	227.862,00			
9	195	CESANTIAS	470.954,00			
10	195	INTERESES DE CESANTIAS	30.612,00			
13	15	PRIMA LEGAL	36.227,00			
TOTAL PAGOS			765.655,00	**TOTAL DESCUENTOS**		0,00

NETO A PAGAR **765.655,00**

CONSTANCIA: AL ACEPTAR Y AL RECIBIR LA PRESENTE LIQUIDACIÓN, HAGO CONSTAR QUE EASYCLEAN G&E S.A.S. QUEDA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES SOCIALES, YA QUE TODOS LOS DERECHOS ME HAN SIDO RECONOCIDOS OPORTUNAMENTE DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y EN CONSECUENCIA FIRMO ANTE TESTIGOS HOY Julio 15 de 2018.
El monto es SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO .

HAGO CONSTAR QUE SE ME ENTREGA ORDEN PARA EXAMEN DE RETIROY QUE CUENTO CON CINCO DIAS HABILES PARA TRAER EL RESULTADO

El Empleador _____ **El Empleado** _____
Nit: **C.C.:**

FA 127

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Nómina

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva

easyclean
un aliado impecable

12891

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	**Liquidación:** 15511	**LUGAR Y FECHA:** CALI
Trabajador	JESUS ANTONIO QUINCENO MARQUEZ	**C.C./NIT** 16673430	**Contrato** Labor contratado
CARGO:	AUXILIAR DE SERVICIOS RIESGO 2	**DURACION DE Contrato**	Labor contratado

FECHA INGRESO: 16/12/2017 **TIEMPO Vacaciones: 210** **TIEMPO SERVICIO: 210** **Cambio Salario NO**

FECHA DE RETIRO: 15/07/2018 **Dias pendientes Vacaciones:** **Base Cesantias** 869.453,00

MOTIVO RETIRO: TERMINACION CONTRATO **BASICO: 781.242,00** **Base Prima** 869.453,00

Salario BASICO + PROMEDIO **Base Vacaciones** 781.242,00

Banco: BANCO DE BOGOTA **Cuenta** 429030299 **CENTRO COSTO:** AVIACION CALI

PAGOS				DESCUENTOS		
Concepto	**Inf.**	**Descripción**	**Valor**	**Concepto**	**Descripción**	**Valor**
5	8,75	VACACIONES PREST.	227.862,00			
9	195	CESANTIAS	470.954,00			
10	195	INTERESES DE CESANTIAS	30.612,00			
13	15.	PRIMA LEGAL	36.227,00			
TOTAL PAGOS			**765.655,00**	**TOTAL DESCUENTOS**		**0,00**

NETO A PAGAR **765.655,00**

CONSTANCIA: AL ACEPTAR Y AL RECIBIR LA PRESENTE LIQUIDACIÓN, HAGO CONSTAR QUE EASYCLEAN G&E S.A.S. QUEDA A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES SOCIALES, YA QUE TODOS LOS DERECHOS ME HAN SIDO RECONOCIDOS OPORTUNAMENTE DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y EN CONSECUENCIA FIRMO ANTE TESTIGOS HOY Julio 15 de 2018.
El monto es SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO .

HAGO CONSTAR QUE SE ME ENTREGA ORDEN PARA EXAMEN DE RETIROY QUE CUENTO CON CINCO DIAS HABILES PARA TRAER EL RESULTADO

El Empleador _____ **El Empleado** _____
Nit: **C.C.:**

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Nómina

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 860522931
Número Afiliación: 213422
Razón social: EASYCLEAN GYE S.A.S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 16673430
Nombre: JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ
Fecha Ingreso: 19/05/2018
Salario básico: 781.242
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: TASA II
Tasa: 1,044
Fecha hora transacción: 18/05/2018 05:05:45 p.m.

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

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

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado 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
JESUS ANTONIO QUICEÑO	C.C.	16.673.430	12/12/2018	RIESGO II	1.044	SERV GEN. J OP. SUPERVISOR

Cordialmente,

Ma. Consuelo Peñuela 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 12 de diciembre de 2018 a las 06:19:14 p.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	JESUS ANTONIO QUINCENO MARQUEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16673430
CARGO	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	CALI
FECHA DE INICIO	12 DE DICIEMBRE DE 2018
OBRA O LABOR	ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y ESCUELA MILITAR DE AVIACION – J-EMAVI-GRUAL-2018
PERIODO DE PRUEBA	Una quinta parte del contrato inicial

Entre los suscritos, **EASYCLEAN GYE S.A.S**, representada por **RAFAEL EDUARDO SARMIENTO ACEVEDO**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.018.414609, quien, , para los efectos del presente documento se denominará el EMPLEADOR o LA COMPAÑÍA y, JESUS ANTONIO QUINCENO MARQUEZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 16673430, 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.

CUARTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y /O FESTIVO. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, El EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, a la EMPRESA o sus representantes para su aprobación. El EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho.

QUINTA. PRINCIPALES FUNCIONES: las principales funciones a desempeñar por EL TRABAJADOR y a las que se obliga expresamente son las propias del cargo mencionado, las cuales se encuentran establecidas en el perfil del cargo que para tales efectos tiene establecido EL EMPLEADOR y que EL TRABAJADOR declara conocer, por lo tanto, las que a juicio de éste deba cumplir, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le sean impartidas, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 58, numeral 1° del Código Sustantivo del Trabajo, que para todos los efectos se entenderán como parte integrante del presente contrato. **PARÁGRAFO:** La descripción anterior es general y no excluye ni limita para ejecutar labores conexas complementarias, asesorías o similares y en general aquellas que sean necesarias para un mejor resultado en la ejecución de la causa que dio origen al contrato, y de la proyección del negocio de la empresa en el mercado.

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;

NOVENA. PERIODO DE PRUEBA. A partir de la fecha de ingreso las partes acuerdan que EL TRABAJADOR se someterá a un periodo de prueba mencionado al comienzo de este documento, el cual no excede de dos meses; durante este tiempo, tanto EL EMPLEADOR como EL TRABAJADOR podrán terminar el presente contrato en cualquier momento en forma unilateral sin que se genere derecho indemnizatorio alguno.

DÉCIMA. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y POLÍTICA DE INFORMACIÓN PERSONAL. El trabajador autoriza de manera previa, explicita, inequívoca e informada a EL EMPLEADOR para que recolecte y trate sus datos personales para fines laborales por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministró verbalmente o por escrito (hoja de vida, formatos, etc.) con ocasión de los procesos de selección y durante su vinculación como empleado (a) del **EMPLEADOR**. De otra parte, **EL TRABAJADOR** se compromete a respetar y aplicar la política de tratamiento de datos personales de EL **EMPLEADOR**.

DÉCIMA PRIMERA. FALTAS GRAVES: son faltas graves y como tal pueden llegar a constituir justas causas para dar por terminado el presente contrato de trabajo por parte de **EL EMPLEADOR** las señaladas en el reglamento interno de trabajo, que hace parte integral del presente contrato.

DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN UNILATERAL - Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley, el Reglamento Interno de Trabajo, el presente contrato y/o las circulares socializadas. Expresamente se califican en este acto como **faltas graves** la violación a las obligaciones y prohibiciones descritas y además las siguientes:

1. El incumplimiento de las normas y políticas que tenga la compañía para el uso de los sistemas, informática, software, claves de seguridad, materiales, computadores, útiles de oficina etc., que la Empresa entrega a EL TRABAJADOR para la mejor ejecución de sus funciones. Así como violación a lo contenido en las normas de seguridad industrial.
2. La utilización para fines distintos a los considerados por EL EMPLEADOR para el cumplimiento de su objeto social de las bases de datos de su propiedad.
3. Desatender las actividades de capacitación programadas por EL EMPLEADOR así sea en horario diferente a la ordinaria.
4. La mala atención y desinterés para con los clientes y proveedores.
5. En caso de laborar en turnos, efectuar cambios sin la debida autorización del jefe inmediato.
6. La violación por parte del TRABAJADOR de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias;
7. La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del EMPLEADOR, por dos veces dentro del mismo mes calendario;
8. No cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo en los sitios de trabajo / obras.
9. Negarse a cumplir con los protocolos y procesos para la prestación de servicios encomendados, y demás establecidos por LA EMPRESA en desarrollo de su objeto social.
10. Violar el acuerdo de confidencialidad determinado por LA EMPRESA.

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 BOGOTA, a los doce (12) días del mes de Diciembre de 2018, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Director Recursos Humanos

EL EMPLEADOR MARQUEZ.
NIT.

JESUS ANTONIO QUINCENO
C.C. 16673430 16673430
Recibí Copia

Comfandi
Tu mano amiga

NIT. 890.806.004-6

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

INTERLOCUTOR COMERCIAL (BP):

I. TIPO DE NOVEDAD

[X] INSCRIPCION DE TRABAJADOR | [ ] ADICION DE PERSONA(S) A CARGO | [ ] REINGRESO DE TRABAJADOR | [ ] SOCIO NO APORTANTE

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Easyclean 6VE SAS — TIPO DOCUMENTO: [X] NIT [ ] CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] PE

NUMERO DOCUMENTO: 8 6 0 5 2 2 9 3 1 9 — NOMBRE SUCURSAL: — TELEFONO FIJO: 7 4 3 2 0 6 0

DIRECCION CORRESPONDENCIA: Diagonal 74RK #20B-74 — DEPARTAMENTO: Cundinamarca — CIUDAD: Bogotá

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Jesus — SEGUNDO NOMBRE: Antonio — PRIMER APELLIDO: Guereno — SEGUNDO APELLIDO: Marquez

TIPO DOCUMENTO: [X] CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] PE — NUMERO DOCUMENTO: 1 6 6 7 3 4 3 0 — FECHA DE NACIMIENTO: 23 01 — SEXO: [ ] F [X] M

ESTADO CIVIL: [X] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO [ ] SEPARADO — NIVEL EDUCATIVO: [ ] NINGUNO [ ] PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TECNICO [ ] PROFESIONAL [ ] POSTGRADO

DIRECCION RESIDENCIA: — BARRIO: — CIUDAD: Cali — DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

SECTOR: [ ] RURAL [X] URBANO — TELEFONO MOVIL: 3 1 6 7 2 4 3 7 6 6 — TELEFONO FIJO: — EMAIL PERSONAL:

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 17 12 208 — HORAS CONTRATADAS: DIARIAS: 8 — TOTAL MES: 240 — SALARIO BASICO: $ 781.242 — COMISIONES: $ 0

TOTAL SALARIO: $ 781.242 — TIPO SALARIO: [X] FIJO [ ] VARIABLE [ ] INTEGRAL — TIPO DE CONTRATO: [ ] INDEFINIDO [ ] FIJO [X] LABOR U OBRA

TIPO ACTIVIDAD - CARGO: [ ] DIRECTIVO [ ] ADMINISTRATIVO [ ] OPERATIVO [ ] COMERCIAL [ ] SERVICIOS DE SALUD [ ] SERVICIOS EDUCATIVOS [X] SERVICIOS GENERALES [ ] SERVICIOS DOMESTICOS

PERTENECE AL SECTOR AGROPECUARIO: [ ] SI [X] NO — NOMBRE DEL CARGO: Auxiliar Servicios Generales

V. DATOS DE OTROS EMPLEADORES DEL TRABAJADOR

TRABAJA EN OTRA EMPRESA: [ ] SI [ ] NO — NOMBRE O RAZON SOCIAL:

TIPO DOCUMENTO: [ ] NIT [ ] CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] PE — NUMERO DOCUMENTO: — HORAS CONTRATADAS: — DIARIAS: — TOTAL MES:

SALARIO MES: BASICO $ — COMISIONES $ — TOTAL SALARIO $

VI. DATOS CONYUGE O COMPAÑERO (A)

PRIMER NOMBRE: — SEGUNDO NOMBRE: — PRIMER APELLIDO: — SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DOCUMENTO: [ ] CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] PE — NUMERO DOCUMENTO: — FECHA DE NACIMIENTO: — SEXO: [ ] F [ ] M

NOMBRE O RAZON SOCIAL: — TIPO DOCUMENTO: [ ] NIT [ ] CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] PE

NUMERO DOCUMENTO: — HORAS CONTRATADAS: — DIARIAS: — TOTAL MES: — SALARIO MES: BASICO $

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)	NUMERO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO (DD MM AAAA)	SEXO (M F)	PARENTESCO (HIJO HIJASTRO PADRE HERMANO)	CONDICIONES ESPECIALES	NIVEL EDUCATIVO (PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA TECNICO UNIVERSITARIO POSTGRADO)

VIII. DECLARACION JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependen(n) económicamente de mi, y donde mi(s) padre/madre(s), relacionada(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n) salario, renta o pensión alguna, ni estoy afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar". Artículos 27,28,29,30,31 y 32 de la Ley 21782 "Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es verídica. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley".

Jesus Guereno
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

easyclean NIT: 860.522.931-2 Recursos Humanos
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 DECLARACION 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: 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 genera bienestar y calidad a los trabajadores de medios y bajos ingresos y a sus familias

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

COD. 7500369

VIGILADO SuperSubsidio

Comfandi
Tu mano amiga
NIT. 890 303 208-5

Departamento del Valle del Cauca, Enero 14 de 2019

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

HACE CONSTAR QUE:

JESUS QUICENO MARQUEZ identificado con Cédula de Ciudadanía 16673430 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 26 de Diciembre de 2018 .

Cordialmente,

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

AC2

VIGILADO SuperSubsidio

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva 1641

easyclean
un aliado impecable

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	Liquidación: 22143	LUGAR Y FECHA: CALI 03/08/2019
Trabajador	JESUS ANTONIO QUINCENO MARQUEZ	C.C./NIT 16673430	Contrato Labor contratado
CARGO:	AUXILIAR DE SERVICIOS RIESGO 2	DURACION DE Contrato	Labor contratado

FECHA INGRESO: 12/12/2018 TIEMPO Vacaciones: 232 TIEMPO SERVICIO: 232 Cambio Salario SI

FECHA DE RETIRO: 03/08/2019 Dias pendientes Vacaciones: Base Cesantias 925.148,00

MOTIVO RETIRO: TERMINACION DE CONTRATO BASICO: 828.116,00 Base Prima 925.148,00

Salario BASICO.+ PROMEDIO Base Vacaciones 828.116,00

Banco: BANCO DE BOGOTA Cuenta 429030299 CENTRO COSTO: AVIACION CALI

PAGOS				DESCUENTOS		
Concepto	Inf.	Descripción	Valor	Concepto	Descripción	Valor
1	4	SUELDO	110.415,00	6	APORTE SALUD	4.417,00
2	4	AUXILIO DE TRANSPORTE	12.938,00	7	APORTE PENSION	4.417,00
5	9,67	VACACIONES PREST.	266.837,00			
9	213	CESANTIAS	547.379,00			
10	213	INTERESES DE CESANTIAS	38.864,00			
13	33	PRIMA LEGAL	84.805,00			
TOTAL PAGOS			1.061.238,00	TOTAL DESCUENTOS		8.834,00

NETO A PAGAR 1.052.404,00

CONSTANCIA: AL ACEPTAR Y AL RECIBIR LA PRESENTE LIQUIDACIÓN, HAGO CONSTAR QUE EASYCLEAN G&E S.A.S. QUEDA A PAZ Y
SALVO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES SOCIALES, YA QUE TODOS LOS DERECHOS ME HAN SIDO RECONOCIDOS OPORTUNAMENTE DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y EN CONSECUENCIA FIRMO ANTE TESTIGOS HOY Agosto 3 de 2019.
El monto es UN MILLON CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUATRO .

HAGO CONSTAR QUE SE ME ENTREGA ORDEN PARA EXAMEN MEDICO DE EGRESO Y CUENTA CON (5) DIAS HABILES PARA ENTREGAR LOS RESULTADOS

El Empleador _____ El Empleado _____
Nit: C.C.:

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Nómina

easyclean
NIT: 860.522.931-2
AUDITORIA

AC2

Contrato

Nuevo

minerva 10-03

LA ORIGINAL

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

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

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
	Conserje.	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Quiceno Marquez	Jesus Antonio

Lugar y fecha de nacimiento: Palmira 23 01 . 60

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Finca el Aterrizaje	Calima Darien.

Teléfono	No. Celular
	3167243766. 3152001454

Correo electrónico	Nacionalidad
Puodonna38@Hotmail.com.	Colombiano

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Oficios Varios	Union Libre	17 Años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 16.673.430	(**) Libreta militar No. 79.024.23	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ] Expedida en: Cali	Distrito No: 21	Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [ ]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ]
Cali, palmira, Calima Darien	puerto tejada, Calima Darien	

Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Arrendada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
		$ 900.000

¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial?
gastos generales.	$ El Asignado

¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [ ]	¿Cuál(es)?
El futbool.		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO

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

Mi aspiracion es tener mas Experiencia Laboral para tener una mejor vida y que mis jefes se Sientan Satisfechos De mi labor prestada.

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV 04-2015

86277003

7702124007815

003

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Luz Marina giraldo B.	Hogar	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono** / **Ciudad**
		315 200 1454
No de personas que dependen económicamente del solicitante 1	**Parentesco** Compañera	**Edades** 55 Años.
Nombre(s) padre(s) Jesus Quiceno	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Eloida Marquez.		
Nombre(s) hermano(s) Omar Quiceno Manuel	**Profesión, ocupación u oficio** Agricultor, Electricista.	**Teléfono(s)** 3177363817
O. Luz Ayda Quiceno	Hogar.	3162067789

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑOS DE APROBACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1971	5	Primaria	Julio Cesar Arce.	Palmira.
Bachillerato Clásico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios. — Intensidad horaria | Nombre del programa | Institución

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

Nombre de la institución — **Horario** Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio: **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si ☐ No ☐ — ¿Qué programas maneja?

1.	R ☐	B ☐	MB ☐	3.	R ☐	B ☐	MB ☐
2.	R ☐	B ☐	MB ☐	4.	R ☐	B ☐	MB ☐

Idiomas Si ☐ No ☐ — ¿Qué idioma(s) conoce?

	Lectura			Escritura			Habla		
1.	R ☐	B ☐	MB ☐	R ☐	B ☐	MB ☐	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.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUÉ AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)

- AGRICULTURA ☐
- GANADERÍA / AVICULTURA ☐
- MINERÍA ☐
- HIDROCARBUROS ☐
- INDUSTRIA ☐
  - Alimentos y Bebidas ☐
  - Tabaco ☐
  - Textiles y Confecciones ☐
  - Cuero y Calzado ☐
  - Papel y Carton ☐
  - Editorial y Artes Graficas ☐
  - Quimico y Farmaceutico ☐
  - Caucho y Plastico ☐
  - Vidrio, Cerámica y Cemento ☐
  - Metalurgia ☐
  - Maquinaria ☐
  - Automotores ☐
  - Muebles ☐
  - Reciclaje ☐
  - OTROS (¿Cuáles?) ☐
- ELECTRICIDAD / GAS / AGUA ☐
- CONSTRUCCION ☐
- COMERCIO ☐
- HOTELES Y RESTAURANTES ☐
- TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO ☐
- COMUNICACIONES ☐
- FINANCIERO ☐
- INMOBILIARIO ☐
- INFORMÁTICO ☐
- SALUD ☐
- EDUCACIÓN ☐
- SEGUROS ☐
- TURISMO / RECREACIÓN ☐
- OTROS SERVICIOS ☐
  - Asesorías Profesionales ☐
  - Servicios Temporales ☐
  - Seguridad Vigilancia ☐
- OTROS SECTORES ☐

ÁREA DE LA EMPRESA

- Administración ☐
- Auditoria ☐
- Bodega ☐
- Compras ☐
- Contabilidad ☐
- Costos ☐
- Crédito y Cobranzas ☐
- Diseño ☐
- Finanzas ☐
- Gerencia General ☐
- Impuestos ☐
- Mercadeo ☐
- Producción ☐
- Publicidad ☐
- Personal ☐
- Sistemas ☐
- Tesorería ☐
- OTRAS (¿Cuáles?) ☐

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
S.M. grupo Empresarial	Calle 13 #1167 Loc 102 Valle	3147925424

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Señor Martin	Supervisor	D 04 M 08 A 2019	D 30 M 11 A 2019

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
3 meses 26 días	$ 828.116	$ 828.116	Oficios Varios

Funciones realizadas: guardañador, jardinero, oficios varios.

Logros obtenidos: Experiencia.

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

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

Motivo del retiro: Termino Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Easy cleans	Bogota	3114645618

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Freddy Moros	Supervisor	D 15 M 01 A 2019	D 03 M 08 A 2019

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
7 meses	$ 600000	$ 800.000	oficios Varios

Funciones realizadas: oficios varios.

Logros obtenidos: Experiencia.

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

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

Motivo del retiro: Termino Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
		D M A	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas:

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro:

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente está afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)?	¿Fondo de pensiones?	¿Fondo de cesantías?
Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]
¿Cuál?:	¿Cuál?:	¿Cuál?:
Fecha de afiliación: Cotizante [ ] Beneficiario [ ]	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

Si desea diligenciar este formato en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprimalo desprendiendo las hojas por esta perforación

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Ferney Cubillos	Tecnico Avic.	Cas.	3155751861
2.-	Daniel Sanches.	Mantenimiento	Palmira.	3137922528

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Luz Marina Giraldo	Hogar.	Cadima Darien.	3152001454

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)

1.-

2.-

3.-

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

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprima esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su hoja de Vida en ALIADOLABORAL .com www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llame por teléfono ni acuda 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 mi, 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. 16673430

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Asistió a entrevista: Sí	No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO: R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad							Desempeño en cargos anteriores							
Presentación							Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores							
Aspectos de vigor y salud							Se ajusta al perfil							
Facilidad de expresión														

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente: Si ☐ No ☐	Contratarse a partir del	Sueldo $	
Candidato elegible próximamente: Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato	

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

minerva

Encuentre nuevas formas en www.formasminerva.com

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 137094676

WEB
11:06:17

Bogotá DC, 20 de noviembre 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) JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16673430:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 19:47:09 horas del 18/11/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **16673430**
Apellidos y Nombres: **QUICENO MARQUEZ JESUS ANTONIO**

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

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 lunes 18 de noviembre de 2019, a las 17:20:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

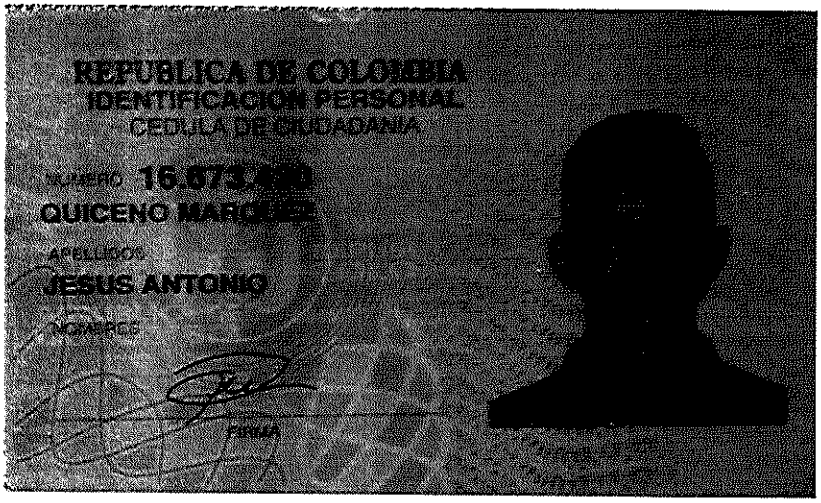
Tipo Documento	CC
No. Identificación	16673430
Código de Verificación	16673430191118172034

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.873.[illegible]

QUICENO MARQUEZ

APELLIDOS

JESUS ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1960

PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

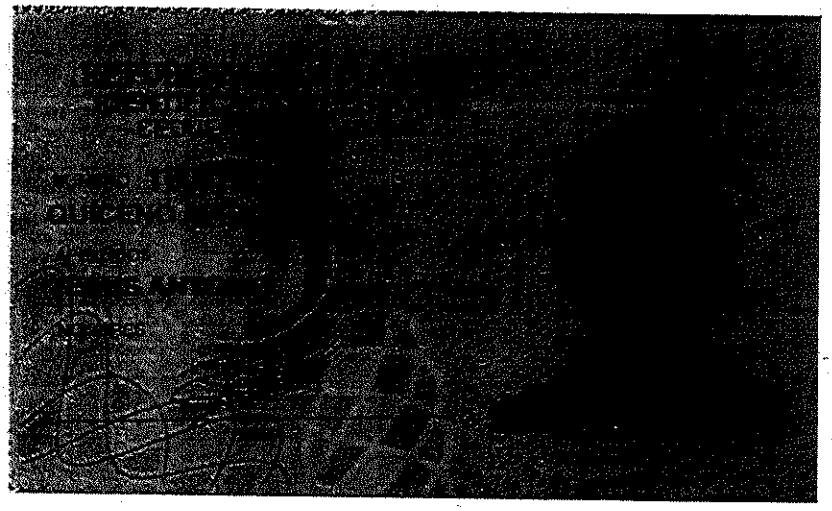
M
SEXO

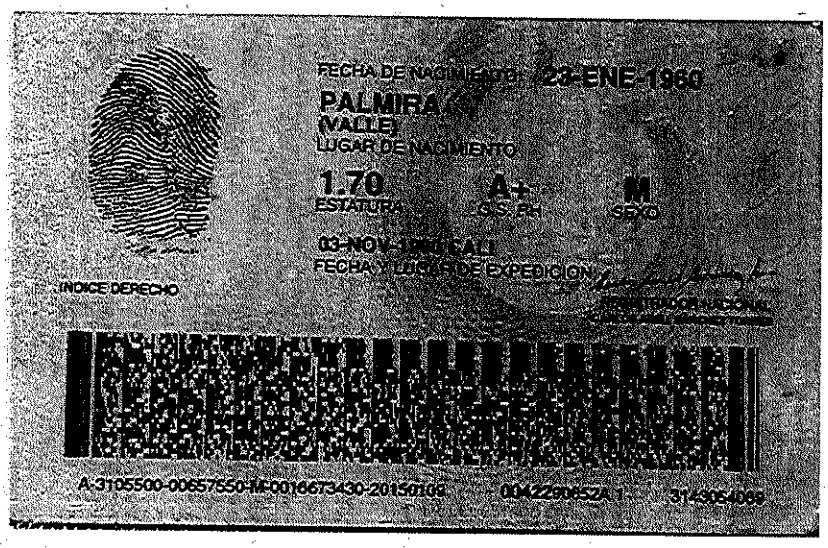
03-NOV-1990 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3105500-00657550-M-0016673430-20150109 0042290652A 1 3143054069




FECHA DE NACIMIENTO: 23-ENE-1960
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
03-NOV-1978 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-3105500-00657650-M-0010673430-20150102
0042290052A 1
3143054009

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

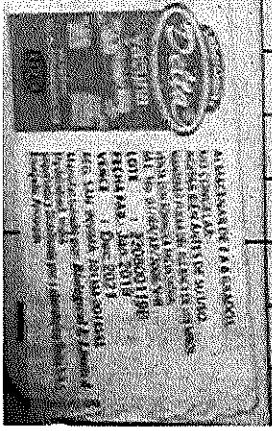
Nombres: Jesus Antonio

Apellidos: Quiceno Marquez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 16673430

Fecha de Nacimiento: Día. 23 Mes. 01 Año. 1960

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
	Única			
	1	NOV-27 19		Dora María Martínez R. Auxiliar en Enfermería Registro N° 701171-SUB
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			



VPH	1		
	2		
	3		
Anti rábica	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
Influenza	Anual		
Otras			

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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	16673430
NOMBRES	JESUS ANTONIO
APELLIDOS	QUICENO MARQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	CALIMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	CONTRIBUTIVO	04/02/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión:	11/20/2019 11:06:53	Estación de origen:	192.168.70.1

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 feches 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

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			
Quiceno	Muñoz	Jesus	Antonio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	16.673.430	F [ ] M [X]	23/11/1960

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	Colpensiones	828.116

18. Residencia: Finca el aterrizaje | 3167243766

Cali ma | 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	23. Fecha de nacimiento
		F [ ] M [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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 [ ]	

easyclean

NIT: 860.522.931-2

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M No T P Condición
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FECHA: 9-12-19 HORA:

RECIBI:

¡ NO IMPLICA ACEPTACIÓN !

	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		
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)
Fabricas Ede SAS	NIT	860522931	

39. Ubicación: CR 74 BIS #20B-29 | 7433050 | Bogota | Bogota

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
	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			
Quicano	Mendoza	Jesus	Antonio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	16.693.430	F [ ] M [X]	23 01 1960

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	Colpensiones	828.116

18. Residencia			
Finca el aterrizaje		3167243766	
Calima	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 cotizante

19. Apellidos y nombres			

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

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN FECHA 11 DIC 2019 Hora: 15:44 Cédula Asesor 31.777.951 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	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						

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	Medicas SAS	936355.
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)
Fasticon FAE SAS	NIT	830072931	

39. Ubicación			
CR 14 BIS #106-29	7432060	Bogota	Bogota

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							Parentesco
		AAAA	MM	DD			AAAA	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:

	SÍ	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 afiliación 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 estarán 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) Envío 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) Envío 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 través 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 verídica. Así mismo, expreso que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI ☐ NO ☐

Firma del Cotizante Jairo Antonio Rivera

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.

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **16673430,** se encuentra afiliado (a) desde **05/05/1975** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	2	PROTECCION S.A.	21/10/2005	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/12/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de noviembre de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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 04E SAS
TIPO DOCUMENTO: ☒ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE ☐ PC
NÚMERO DOCUMENTO: 8605229131
NOMBRE SUCURSAL:
TELÉFONO FIJO: 7432660
DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: CR 72 BIS #70B-79
DEPARTAMENTO: Bogota
CIUDAD: Bogota

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Jesus
SEGUNDO NOMBRE: Antonio
PRIMER APELLIDO: Murcena
SEGUNDO APELLIDO: Marquez.
TIPO DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE
NÚMERO DOCUMENTO: 1667434430
FECHA DE NACIMIENTO: 23 01 60
SEXO: ☐ F ☒ M
ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO
NIVEL EDUCATIVO: ☐ PREESCOLAR ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ PROFESIONAL ☐ POSTGRADO
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Finca el Aterrizaje
BARRIO:
CIUDAD: Cali
DEPARTAMENTO: Valle del Cauca.
SECTOR: ☐ RURAL ☒ URBANO
TELÉFONO MÓVIL: 3176743766
TELÉFONO FIJO:
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: Logistico Asistencial Conejo.

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 CÓNYUGE 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 HUÉRFANOS 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/A PADRE MADRE HERMANO/A)	NIVEL EDUCATIVO (PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO UNIVERSITARIO POSTGRADO)

VIII. DECLARACIÓN JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependen(n) económicamente de mí, y dicen(n) ser madre(madre)(s), relacionadora(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n) salario, renta o pensión alguna, no 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 verídica. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley".

easyclean
NIT: 860.522.931-2

Jesus Murcena
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CIUDAD Y FECHA DE RADICACIÓN

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 DECLARACION 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 genera bienestar social a los trabajadores de medios y bajos ingresos y a sus familias

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

COD. 400869

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:

JESUS QUICENO MARQUEZ identificado con Cédula de Ciudadanía 16673430 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	Gestores & Estrategas en servicios	VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Ciudad y fecha:	Cali 30-12-19	**Cargo:**	auxiliar de aseo
Nombres:	Jesus Quiñones	**Cedula:**	Cali

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.
   d. 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
   d. 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
   d. 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.
   e. 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 mision es ofrecer soluciones integrales de alta calidad en servicios gen y logística a través del compromiso y el fomento de la cultura organiza, 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	Gestores & Estrategas en servicios	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			
Objetivos de gestión integral		X	
Política de No Alcohol, drogas y no fumadores			

RECURSOS HUMANOS	SI	NO	NO APLICA
Clase de contrato a firmar		X	
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 Jesus Quicero M Firma: Jesus Quicero M

Ciudad y fecha 21-12-19

Gestores & Estrategas en servicios

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS : Jesus Quiceno marquez

CARGO : motorista

C.C. No. : 16673430 DE Cali (V)

L.M. No. : 3902324 CLASE 1 DISTRITO 21

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Palmira Vi

EDAD : 59 ESTATURA : 168

PESO : 56 K

CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: 3167243766

DIRECCION : Manitos Lago calima

BARRIO : _____ TELEFONO : _____

R.H. : _____ ESTADO CIVIL : Union Libre

NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria

EPS: SOS FONDO DE PENSION: Colpensiones

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	TELÉFONO	VIVE CON EL? SI	NO	PARENTESCO
marina jurado		X		compañera
maribel quiceno				Hija
yoana quiceno				Hija
paola quiceno				hija

FIRMA : Jesus Quiceno M FECHA: 01-12-19

Gestores & Estrategas en servicios

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: 01 / 12 / 19 1667430

NOMBRE: Jesus Quiceno marquez **CEDULA:** 1167243

FIRMA: Jesus Quiceno Marquez

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

Yo Jesus Quiceno marquez 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,

Jesus Quiceno marquez

FIRMA COLABORADOR

GYE

ENTREVISTA		VERSION:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	AGOSTO 1 DE 2017

Fecha: 01-12-19 Hora: _____

Nombre del Aspirante: Jesus Quiceno marquez

Cargo al que aspira: conserje

Aspiración salarial: El asignado

Disponibilidad de tiempo Completo

Nombre del entrevistador: Vanessa Calderon

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:	Jesus Quiceno m
PUESTO SOLICITADO:	Concerje
FECHA	01-12-19

ENTREVISTA DE SELECCIÓN

easyclean
un aliado impecable

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?	X		5
	¿ Donde realizo los estudios?			Palmira
PASADO PROFESIONAL	Hableme de sus experiencias profesionales. ¿ Que cargo es el ultimo que a desempeñado?			Concerje
	¿Por qué dejo el ultimo empleo?			Termino contrato
	¿ De todo lo que a hecho hasta ahora, que es lo que , mas le gusta y porque?			mi labor con mucho amor
MOTIVO DE SOLICITUD	¿ porque le gustaria trabajar en este establecimiento y no en otro?			amor propio
	¿ Que le llamo la atencion de la empresa?			
	¿Cuál cree que puede ser su aporte?			Experiencia
COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO	¿Qué experiencias tiene en el trabjo?			Jardinero y demas
	¿ Que opina de sus directores anteriores? ¿Qué aspectos positivos tenian? ¿Qué aspectos negativos?			no nos ofrecian
	¿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?			no
POTENCIAL DE DESARROLLO	¿Cree usted que es la persona idonea para el cargo? ¿Por qué?			mi experiencia
	¿Cómo persona admitida al cargo que nos puede aportar a la empresa?			Cumplimiento
	Si usted fuera seleccionado, ¿ como se proyecta de aqui a un año?			un mejor futuro
CONDICIONES PERSONALES	¿Tiene usted alguna actividad extemporanea? ¿Es formal? ¿Hace cuanto tiempo?			no
	¿Puede incorporarse inmediatamente a este puesto?			Si
	¿A que se dedica en su tiempo libre?			Futboll
	¿Tiene otras aficiones que no a podido desarrolar y aspira hacerlo en el futuro?			no
	Digame 2 fortalezas y 2 Debilidades			ser muy pacibo amigo Tenacida
SITUACIÓN FAMILIAR	¿Cuál es su estado civil? Si es casado ¿Tiene Hijos? Edad Si es soltero ¿Tiene proyectos, de conformar una familia?			Union Libre
	Si, esta casado ¿su conyugue trabaja?			no
SEGURIDAD	¿Ha estado en grupos subersivos al margen de la ley?			no
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?			no
	¿Tiene o ha tenido parientes en la carcel?			no
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?			Si
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?			no
	¿Esta embarazada?			no

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Gestores & Estrategas en servicios

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:

(Orland) Jusus Quiñonez

Nombres y Apellidos:

Fecha: 01-12-19

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 Jesus Quiceno marquez Con cédula de ciudadanía N° 16673430
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: Jesus Quiceno marquez
Firma: _____
Cédula: 16673430 **De:** Cali

REDCONOCER

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-11-22

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	UNIDIAGNOSTICO S.A.S	Actividad económica:	ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN
Nombre:	JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ	Documento:	CC 16673430
Fecha de nacimiento:	1960-01-23	Lugar de nacimiento:	PALMIRA (Valle del Cauca)
Edad:	59 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	4
Dirección actual:	LAGO CALIMA	Municipio:	GUADALAJARA DE BUGA
Teléfono:	3152001454	Escolaridad:	Primaria_completa
Ocupación:	LOGISTICO ASISTENCIAL CONSERJE	EPS:	Sérvicio Occidental de Salud
AFP:	Colpensiones	ARL:	AXA Colpatria
Responsable**:	LUZ MARINA GIRALDO (ESPOSA)	Teléfono:	3152001454



Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JESUS ANTONIO QUICENO MARQUEZ con documento de identificación No. 16673430 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de LOGISTICO ASISTENCIAL CONSERJE del sector económico ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación a desempeñar.
3. Realizar cada 55 minutos pausas activas en el trabajo, durante 5 minutos.

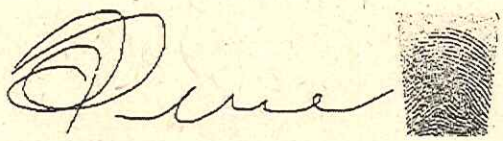
RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado físico, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades tales como caminatas enérgicas, natación, ciclismo u otra, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Se le recomienda solicitar en la entidad de salud a la que se encuentra afiliado, evaluación y plan de manejo de su pterigion por Oftalmólogo. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



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
JESUS ANTONIO QUICEÑO	C.C.	16.673.430	01/12/2019	RIESGO IV	4.350	SUCURSAL 4.350

Cordialmente,

Ma. Consuelo Peñuela 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	QUICENO MÁRQUEZ JESÚS ANTONIO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	16673430
CARGO mayordomo	LOGISTICO ASISTENCIAL CONSERJE
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	LAGO Calima
FECHA DE INICIO 01-12-19	1 DE DICIEMBRE DEL 2019
OBRA O LABOR mayordomo	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, QUICENO MÁRQUEZ JESÚS ANTONIO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 16673430 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) Auxilio de Transporte. Nota Aclaratoria. Como quiera que el trabajador vive en el mismo lugar de trabajo, no hay lugar al pago del auxilio de transporte.
C) 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

11. La revelación de secretos industriales, comerciales y datos reservados de la empresa y/o de sus clientes, de los que el TRABAJADOR haya tenido conocimiento en razón del cargo desempeñado;
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.

16673430
QUICENO MÁRQUEZ JESÚS ANTONIO
C.C. 16673430