minerva 10-03

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
SALAS ALARCON	SANTIAGO

Lugar y fecha de nacimiento: 02 ABRIL 2002

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
Mz 6 CASA 107 POBLADO CAMPESTRE	CANDELARIA

Teléfono	No. Celular
3128504387	3208759328

Correo electrónico	Nacionalidad
tafosalas@gmail.com	COLOMBIANO

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
	SOLTERO	

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1.006.100.572 — Extranjería: [ ] Expedida en: CANDELARIA (VALLE)

(**) Libreta militar No. — Distrito No. — Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]

Licencia de conducción No. — Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

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

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

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [X] 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? Sí [ ] No [ ]

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

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ] — Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su aspiración salarial? SMINIMO + COMI + LEY.

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? FUTBOL

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

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

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

FORMAR PARTE DE UNA EMPRESA QUE ME BRINDE LA OPORTUNIDAD DE ALCANZAR TODAS MIS METAS TRAZADAS, Y QUE ME OFREZCA LA OPORTUNIDAD DE CRECER EN EL AREA LABORAL, PERSONAL E INTELECTUAL

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

REV. 01 201

06911737

7 702124 007813 <

737

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**		**Edades**

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
AYDEE ALARCON PEREZ	AUXILIAR DE COCINA	3128504387
ALDRIN SALAS DE LA CRUZ	COMERCIANTE	3146356799
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
JAIDER SALAS ALARCON	BARBERO	3128556927
ESTEBAN SALAS ALARCON	ESTUDIANTE.	3137165746

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2016	6		DANESIANO AMERICANO	CANDELARIA.
Bachillerato Clásico [ ] Técnico [ ] Comercial [X] Otro [ ]	2020	5	BACHILLER.	COLEGIO MIXTO LUZ Y VIDA	CALI.
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] 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 Sí [ ] No [ ]	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Lectura			Escritura			Habla		
Sí [ ] No [ ]	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

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

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)						ÁREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA		Metalurgia		FINANCIERO		Administración		Personal	
GANADERÍA / AVICULTURA		Maquinaria		INMOBILIARIO		Auditoría		Sistemas	
MINERÍA		Automotores		INFORMÁTICO		Bodega		Tesorería	
HIDROCARBUROS		Muebles		SALUD		Compras		OTRAS (¿Cuáles?)	
INDUSTRIA		Reciclaje		EDUCACIÓN		Contabilidad			
Alimentos y Bebidas		OTROS (¿Cuáles?)		SEGUROS		Costos			
Tabaco				TURISMO / RECREACIÓN		Crédito y Cobranzas			
Textiles y Confecciones				OTROS SERVICIOS		Diseño			
Cuero y Calzado		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		Asesorías Profesionales		Finanzas			
Papel y Cartón		CONSTRUCCION		Servicios Temporales		Gerencia General			
Editorial y Artes Gráficas		COMERCIO		Seguridad Vigilancia		Impuestos			
Químico y Farmacéutico		HOTELES Y RESTAURANTES		OTROS SECTORES		Mercadeo			
Caucho y Plástico		TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO				Producción			
Vidrio, Cerámica y Cemento		COMUNICACIONES				Publicidad			

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

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

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)

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	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	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)*

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

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Katherine Correa	Manicurista		3217179487
2.-	Claudia Zorrilla	Paramedica		3105059055

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Ardee Alarcon	Auxiliar de cocina	M7 6 CS 107.	3128504387

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 imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADO LABORAL .com www.aliadolaboral.com

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

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

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Asistió a entrevista SI	Asistió a entrevista 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 ☐	Contrátese 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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de octubre de 2020, a las 11:58:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1006100572
Código de Verificación	1006100572201013115826

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:59:59 horas del 13/10/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1006100572

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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 150455835

WEB
10:56:28

Bogotá DC, 17 de septiembre del 2020

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) SANTIAGO SALAS ALARCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006100572:

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

MANUEL ANTONIO ESPINOSA FIGUEREDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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.

FECHA DE PREPARACION	NÚMERO DE IDENTIFICACION
09 JUL 2020	1.006.100.572

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN
1 | PRIMERA VEZ CC

APELLIDOS
SALAS ALARCON

NOMBRES
SANTIAGO

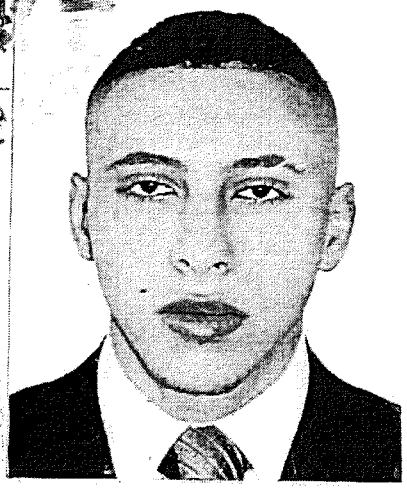
LUGAR DE PREPARACIÓN
CANDELARIA (VALLE)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
CALI(VALLE)
02 ABR 2002 O+

5386136 1

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

IMPRESIÓN DACTILAR



- Vigencia de tres (3) meses
- Visite https://wsp.registraduria.gov.co/esta
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) de producción (Resolución 11630 de 2018

FAVOR NO LAMINAR

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio de Enseñanza Latinoamericano "Cenla"

Medellín

Aprobado por resoluciones Nos.001300 del 30 de Septiembre de 1997
y 0159 del 21 de Noviembre de 2001, expedida por la
Secretaría de Educación para la Cultura de Antioquia

Acta de Grado No. 013

El día 05 de Diciembre de 2009 en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, en el Colegio de Enseñanza Latinoamericano "Cenla" se celebró la proclamación de Bachilleres Académicos, otorgando dicho título a

JUAN CARLOS MARÍN MARÍN, Identificado(a) con

C.C. No 70.907656 de Medellín (Ant.)

El acto fue presidido por:

Hilda Ligia Nora
Hilda Ligia Nora
C.C.No 43.404.150 de Sabaneta
Rectora

Mónica María Pérez
Mónica María Pérez
C.C. No. 43.715.805 de Medellín
Secretaria

Registrado en el acta General de Graduación No 107

Acta de Grado No. 012 Folio No 080

Conforme al Decreto Nacional No 921 del 6 de Mayo de 1994
y la Circular 59 del 14 de Noviembre de 1995

Autenticarse en la Notaría Quinta de Medellín

ACTA DE GRADO
COLEGIO MIXTO LUZ Y VIDA

CALI-VALLE
DANE 376001014439
CÓDIGO ICFES 106054

En la ciudad de Santiago de Cali a los 30 días del mes de JUNIO del año 2020 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ultimo grado los suscritos Rector y secretaria en la rectoría del COLEGIO MIXTO LUZ Y VIDA de Cali institución aprobada hasta el undécimo grado en el nivel de educación media técnica y autorizada por la secretaria de educación municipal para otorgar el título de bachiller técnico especialidad informática según resolución No. 4143.2.21.9344 de 30 de octubre del 2009

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media técnica se procedió al otorgamiento del título de BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD INFORMATICA Al graduado cuyo nombre, apellido y número de documento de identificación se relacionan continuación.

SALAS ALARCON SANTIAGO

T.I: 1.006.100.572 DE CANDELARIA

Es fiel copia tomada del acta original general número 20 a los 30 días del mes de JUNIO del año 2020 que consta de 40 estudiantes que comienzan con el nombre de ALEGRIA HINESTROZA ANDRES y se cierra con el nombre de YEPES FERNANDEZ BRAYAN ALBERTO

Firmado y sellado por PEDRO CLAVER QUIÑÓNEZ (Rector) Y MARDELLY VEGA (secretaria).

Dado en Santiago de Cali a los 30 días del mes de JUNIO del año 2020 por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7° del decreto 180 del 1981 y el decreto 921 del 16 de mayo del 2004.

Firmado y sellado

COLEGIO MIXTO LUZ Y VIDA

RECTOR

COLEGIO MIXTO LUZ Y VIDA

Mardelly Vega

SECRETARIA

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Hace Constar que: SANTIAGO SALAS ALARCON

Doc. Identidad: 1.006.100.572

Asistió a la Capacitación de Manipulación de alimentos con una intensidad de 10 Horas Cumpliendo con el Art.12 de Resol. 2674 del 2013

Fecha de Expedición: 02 OCT-20 A 02 OCT-21

E.A.T FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS

NIT. 815.003.276-6

Secretaria Dptal. de Salud Departamento del Valle del Cauca Resolución 0205/2001 Nº 9490

Capacitador

Cra. 71 No. 70-50 Tel: 370 5216 Cels: 314 653 2500 - 317 220 8456

Email: fumiexterminadoryalgomas@hotmail.com

* Este carnet no es valido sin firma y sello de la empresa.
FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MÁS
* Es personal e intransferible
* No olvide utilizar sus eementos de protección personal gorro, tapa bocas, guantes, delantales, Etc.
* Conserve su lugar de trabajo limpio, aseado, desinfectado.
* Presente este carnet a las autoridades de salud competente.

E.A.T. FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
RES. M.A. 0205/2001 NIT. 815.003.275-6
CEL: 314 6932500 - 317220 8456
TEL: 370 5216 CALI

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: SANTIAGO

Apellidos: OJEDA ALARCON

Documento de identidad: C.C. X C.E. Pasaporte No. 1006700573

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 04 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	DEM 182020		
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1	DEM 18 2020	350026	
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Dosis			
Otras				

KATERINE MUÑOZ P.
C.C. No. 28.347.530
RESOL. 76.1116
AUX. DE ENFERMERIA

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

La salud es de todos Minsalud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006100572
NOMBRES	SANTIAGO
APELLIDOS	SALAS ALARCON
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	COOSALUD EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/17/2020 15:05:40	Estación de origen:	181.62.53.175

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Regimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B . Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACION

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Salas	Segundo apellido: Alarcon	Primer Nombre: Santiago	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.006.100.572	Femenino [ ] Masculino [X]	D 2 M 4 A 2 0 0 2

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 cotizacion - IBC
Axa Colpatria	Colpensiones	877803

18. Residencia			
Dirección: M2 6 casa 107	Telefono Fijo	Telefono celular: 3208789328	Correo electrónico: tatosalas@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Cali	Urbana [X] Rural [ ]		Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificacion	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Especialcon Eqpesas	NIT	860522931	

39. Ubicación				
Dirección: 06 74 Bis #20 B-29	Teléfono: 7432060	Correo electrónico	Municipio/Distrito: Bogota	Departamento: Bogota

COOSALUD EPS
Su POS de la bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos:

Información de Cotizante y/o Cabeza de familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado
TI	1006100572	SANTIAGO	SALAS ALARCON	2019/11/01	VALLE	CALI (SANTIAGO DE CALI)	CRA 25 D N 125 40	6627982	Contributivo	

Información de los Beneficiarios										
*Parentesco	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Régimen	Estado

*1)Cónyuge o compañero(a) permanente 2)Hijo o Hija 3)Padre o madre del Cotizante o Titular 4)Segundo grado de consanguinidad 5)Tercer grado de consanguinidad 7)Padre o madre del cónyuge 8)Otros no parientes

Información del Aportante				
NIT/CC	Razón Social	Estado	Rango Cortizante	Fecha Vinculación
860522931	EASYCLEAN G&E SAS	Activo	A	2020/10/05

anterior certificación se expide y firma, a los 3 días del mes de noviembre de 2020, a solicitud del interesado y es válida hasta 03 de diciembre del _0

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

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

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2020-10-09

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1006100572	SANTIAGO		SALAS	ALARCON	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2020-10-09

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA - COOSALUD E.S.S. -CM	Contributivo	01/11/2019	Activo	BENEFICIARIO	SANTIAGO DE CALI

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2020-10-09

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2020-09-11	Activo no cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2020-10-09

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2020-10-05	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A TRABAJOS DE PINTURA Y TERMINACION DE MUROS Y PISOS INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A EL PULIDO, PINTURA Y/O ENCERADO DE PISOS	Valle del Cauca- CALI

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2020-10-09

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2020-08-31

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2020-10-09

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2020-08-31

No se han reportado vinculaciones para esta persona.



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

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co (mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)
Términos y Condiciones de uso. (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20portal%20web_Octubre%202012x.pdf)
Ultima Actualización : martes, 13 de octubre de 2020

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

Versión 2.4

(http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud_con_Derechos_en_la_proteccion_de_datos_de_los_colombianos.aspx)

Comfandi
Tu mano amiga

Santiago de Cali, noviembre 3 de 2020

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

HACE CONSTAR QUE:

SANTIAGO SALAS ALARCON identificado con Cédula de Ciudadanía 1006100572 se encuentra afiliado 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 14 de octubre de 2020, fecha de ingreso a la empresa el 5 de octubre de 2020.

Cordialmente,

JULIAN ANDRES HERNANDEZ.

JULIAN ANDRES HERNANDEZ RESTREPO

Jefe Canales de Atención y Experiencia al Cliente

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.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

3

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		VERSIÓN:	5
		FECHA DE VIGENCIA:	18 DE MAYO DE 2020

Ciudad y fecha: Candelaria - 9/10/2020	**Cargo:** Logistico asistencia despacho
Nombres:	**Cedula:** 1006470572

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 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. a y c

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

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

4. Es obligación su obligación como trabajador:
   - 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.
   - X d. Todas las anteriores.

5. GYE tiene como MISION:
   - X a. ofrecer soluciones integrales de alta calidad en servicios generales, especializados y logística, a través del compromiso y el fomento de la cultura organizacional para la satisfacción del cliente.
   - b. Ofrecer venta de implementos para aseo a los clientes.
   - c. Prestar servicios de capacitación para personal de aseo.
   - d. Ninguna de las anteriores

6. La POLITICA DE GESTION INTEGRAL define:
   - X a. Promover y Proteger la salud de los trabajadores
   - b. Proporcionar ambientes saludables
   - c. Proteger el medio ambiente y ofrecer servicios de calidad
   - d. Todas las anteriores

7. Accidente de Trabajo es:
   - X a. Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.
   - b. Suceso en el que no hubo lesión física

c. Patología laboral musculo esqueléticas
d. Ninguna de las anteriores

8. Cuando se presentan casos de acoso laboral o maltrato físico, verbal por parte de compañeros de trabajo, jefes inmediatos o funcionarios del cliente, usted debe reportar y poner la queja ante:
X a. Comité de Convivencia Laboral
b. Copasst
c. Grupo de brigadas
d. Todas las anteriores

9. El Comité Paritario de Seguridad y Salúd en el Trabajo tiene como función:

a. Proponer medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
b. Participar en actividades de capacitación en salud ocupacional.
c. Colaborar en el análisis de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales es e indicar las medidas correctivas a que haya lugar para evitar su ocurrencia.
X d. Todas las anteriores

10. A parte de la información brindada en la inducción, en donde más se conciben los perfiles de cargos en donde se evidencia las responsabilidades y funciones del cargo:
X a. Reglamento Interno de Trabajo
b. Manual de Perfiles y Cargos
c. Política integral
d. Política de no alcohol, tabaco y drogas

Certifico que leí y Compendi la información sostenida en la cartilla de Prevención, Reglas de Oro de un comportamiento Seguro, y certifico que leí y comprendí toda la información contenida en el folleto de Inducción del Grupo G & E (Easyclean, Ultraclean y Easymail)

NOMBRE: Santiago Salas Alarcon
C.C: 1006100572
FIRMA: Santiago Salas
CALIFICACION: 6-10

ENTREVISTA		VERSIÓN:	4
		FECHA DE VIGENCIA:	18 DE MAYO DE 2020

Fecha y Ciudad:	9 Octubre del 2020 - Candelaria
Nombre del entrevistador:	
Nombre del Candidato	Santiago Salas Alarcon
Cargo al que aspira:	Logistico asistencia de despensa

FORMACION:

1. ¿Qué nivel educativo tiene, hasta que curso?
   Bachillerato - Completado

2. ¿Dónde realizo los estudios?
   Panebianco Americano - primaria. Colegio mixto Luz y vida - Bachillerato

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

3. ¿Cuál fue su última experiencia laboral?

4. ¿Por qué dejo el ultimo empleo?

5. ¿Cuántos años tiene de experiencia en el perfil al cual está aplicando?

MOTIVO DE SOLICITUD:

6. ¿Usted Conoce a que se dedica la empresa?

7. ¿De acuerdo a su experiencia y conocimiento cual puede ser su aporte a la compañía?

CONDICIONES PERSONALES:

8. ¿Cree usted que es la persona idónea para el cargo?
   SI X NO____
   Si la respuesta es Sí, ¿Por qué? Principalmente por la disposicion y, Segundo por todo lo aprendido en los ultimos 4 dias

9. ¿Tiene usted alguna fuente de ingreso adicional?
   SI____ NO X

   Si la respuesta es Sí, ¿Cuál? _____

10. Si usted es seleccionado en el proceso ¿Puede incorporarse inmediatamente a laborar?
SI X NO_____

Si la respuesta es No, ¿Porque? _____

11. Dígame Dos:
Fortalezas Aprendizaje rapido y buena memoria para informacion
Debilidades Desespero cuando me salé mal las cosas y no tener experiencia

CONDICIONES PERSONALES:

12. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero X Casado____ Unión Libre_____ Divorciado_____

Si el estado civil es Casado o Unión Libre ¿su conyugue trabaja?

SI____ NO_____

Si el estado Civil es Soltero ¿Tiene proyectos, de conformar una familia?

SI X NO_____

Tiene hijos

SI____ NO X

Si la respuesta es Si ¿Cuantos Hijos y de que Edades? _____

SEGURIDAD:

13. ¿Ha estado en grupos subversivos al margen de la ley?

SI____ NO X

14. ¿Ha estado en la cárcel o retenido? ¿Por qué motivo?

_____

ESTADO DE SALUD:

15. **¿Considera que su estado de salud es bueno?**

SI X NO_____

16. ¿Tiene algún tratamiento médico actual? ¿Cuál?

_____

FIRMA ENTREVISTADOR: _____

2

Gestores & Estrategas en servicios

ACTUALIZACION DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS : Santiago Salas Alarcon

CARGO : Logistico asistencial despensa

C.C. No. : 1006100572 DE Candelaria

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

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Cali-Valle. 02-Abril-2020

EDAD : 18 ESTATURA : 1.81

PESO : 71

CORREO ELECTRONICO: TaTosalas@Gmail.com CELULAR: 3208759328

DIRECCION : Doblado campestre - Candelaria

BARRIO : Doblado Co TELEFONO : _____

R.H. : O+ ESTADO CIVIL : Soltero

NIVEL DE ESTUDIOS: Bachillerato

EPS: CooSalud FONDO DE PENSIÓN: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

- Nombres y Apellidos: Nora ayder Alarcon perez
- Teléfono de Contacto: 312 850 4387

- Nombres y Apellidos: Jaider enrique salas Alarcon
- Teléfono de Contacto: 312 8556427

FIRMA : Santiago Salas FECHA: 9/10/2020

Fecha de actualización: 20/02/20

GESTORES Y ESTRATEGAS EN SERVICIOS
EASYCLEAN GYE S.A.S, ULTRACLEAN S.A.S, EASYMAIL S.A.S

AUTORIZACIÓN FIRMAS SEGURIDAD SOCIAL

FECHA: 9 / 10 / 2020 **Ciudad** _____

Señores
GYE Grupo Y Estrategia S.A.S

Yo Santiago Salas Alarcon Con cédula de ciudadanía Nº 1006100572
De: Candelaria Autorizo a la empresa GYE Grupo y Estrategia 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: Santiago Salas Alarcon
Firma: Santiago Salas
Cédula: 1006100572 **De:** Candelaria

CARTA DE COMPROMISO		VERSIÓN:	01
		FECHA DE VIGENCIA:	08 NOVIEMBRE 2018

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CARTA DE COMPROMISO DE EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

Yo SALAS ALARCON SANTIAGO identificad@ con cédula de ciudadanía **No 1006100572** desempeñándome en el cargo de **LOGISTICO ASISTENCIAL DESPENSA;** me comprometo a cumplir estrictamente con las recomendaciones médico laborales emitidas por la IPS, EPS, ARL o cualquier otra entidad a la que corresponda.

Lo anterior, en cumplimiento al artículo 22 del Decreto 1295 de 1994, y del Decreto 1443 de 2014 respecto de las responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo, que señala:

"Artículo 10. Responsabilidades de los trabajadores: Los trabajadores, de conformidad con la normatividad vigente tendrán entre otras, las siguientes responsabilidades:

1. Procurar el cuidado integral de su salud;
2. Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud;
3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa;
4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo;
5. Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST; y
6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST".

Recomendaciones:

- Las recomendaciones de salud se describen en el examen médico ocupacional cuando el profesional en salud indica alguna observación pertinente para tratamiento, se le brinda una copia al trabajador para su debido tratamiento; por lo tanto es su obligación y deber consultar con su medico tratante de la EPS para seguir la molestia o patología según corresponda.

Atentamente,

Santiago Salas

Firma
C.C: 1006100572
Fecha: 02/10/2020

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.891

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	10 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTO

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

UNIDIAGNOSTICO S.A.S.	EASYCLEAN G&E SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

SALAS ALARCON SANTIAGO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1006100572 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
LOGISTICO ASISTENCIAL DESPENSA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

UACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	NORMAL	----------

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA: RESTRICCION DE FRITOS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLATANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA., HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO DE EPP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Santiago Salas

Médico

Dra. Lucia Viviana Lozano Cortazar
Médica y Cirujano Esp. SST
Universidad Católica de Manizales
Res. 0436 - 04/03/2009

Firma:

Nombre: LOZANO CORTAZAR LUCIA VIVIANA

R. M.: 762742 **L.S.O.:** 0436

Código de Seguridad
N213T1Z3891

Aspirante o Trabajador

Santiago Salas

Firma:

Nombre: SALAS ALARCON SANTIAGO

CC: 1006100572

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

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

RECOMENDACIONES

Paciente: SALAS ALARCON SANTIAGO

Identificación: CC: 1006100572

Cargo: LOGISTICO ASISTENCIAL DESPENSA

Tipo de Sangre: O +

Género: MASCULINO

Dirección: MANZANA 6 CASA 107

Fecha: 02/10/2020

Fecha Nacimiento: 02/04/2002

Edad: 18 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA: RESTRICCION DE FRITOS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLATANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA., HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, USO DE EPP

AXA COLPATRIA

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

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 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
SANTIAGO SALAS ALARCON	C.C.	1.006.100.572	05/10/2020	RIESGO III	2.436	AUX MANT. SUPERVISOR

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 03 de noviembre de 2020 a las 12:57:42 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	SANTIAGO SALAS ALARCON
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.006.100.572
CARGO	LOGISTICO ASISTENCIAL DE DESPENSA
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	CALI - VALLE
FECHA DE INICIO	05 DE OCTUBRE DEL 2020
OBRA O LABOR	ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y AVIACION CALI_No.CO1.PCCNTR.1518939-2020 - 130-00-J-EMAVI-GRUAL-2020-1
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, **SANTIAGO SALAS ALARCON** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No 1.006.100.572** 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.
12. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas en el reglamento de higiene y seguridad industrial que para tal efecto se expida según las normas vigentes.
13. Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y ordenes preventivas de accidentes o enfermedades profesionales.
14. Registrar en las oficinas de EL EMPLEADOR su dirección, número de teléfono y domicilio y dar aviso inmediato de cualquier cambio que ocurra.
15. Utilizar los elementos que EL EMPLEADOR le suministre para la realización de su trabajo.

16. Ejecutar las tareas ordinarias, anexas y complementarias al cargo, de conformidad con las leyes, los reglamentos, órdenes e instrucciones que le sean impartidas por El EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes.

SEGUNDA: COMPETENCIA FUNCIONAL: EL TRABAJADOR se compromete a desempeñar las actividades correspondientes al nivel de su cargo, según los requerimientos del negocio y del servicio para las que sea asignado, ya sea para EL EMPLEADOR o para cualquiera otra empresa o sociedad que aquel designe de acuerdo con los convenios de colaboración que con ellas se haya celebrado.

El TRABAJADOR desempeñará sus labores en la Ciudad de BOGOTÁ D.C., sede principal de la Empresa. Sin embargo, eventualmente, por necesidades del servicio, el Empleador podrá optar por ubicar al trabajador en otra sede o ciudad del país donde la Empresa realice actividades en pro de su negocio; ello dentro del marco de la relación de subordinación, y siendo EL TRABAJADOR consciente que la Empresa desempeña sus actividades en diferentes sedes según los frentes de trabajo. Tales traslados se efectuarán siempre que el cambio no implique desmejora en las condiciones laborales y de remuneración al trabajador.

TERCERA: JORNADA LABORAL Y HORARIO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar dentro de la jornada ordinaria de 48 semanales, 240 mensuales, en los turnos y dentro de las horas señaladas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Las partes pactan desde ahora, la posibilidad de que EL EMPLEADOR disponga la organización de trabajo, de forma permanente o temporal, en los términos y condiciones de la Jornada Flexible contemplada en el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo adicionado por el artículo 48 de la Ley 789 de 2002.

PARÁGRAFO. En razón de las actividades que desempeña EL TRABAJADOR en el cargo mencionado, el horario de trabajo es esencialmente flexible, de lo cual EL TRABAJADOR manifiesta estar plenamente enterado y consciente, y acepta estar en disposición de adecuarse a la programación previamente divulgada.

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;
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 SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS ($ 877.803)
b) forma de pago: MENSUAL mediante abono en cuenta Bancaria según los datos suministrados por escrito por parte del Trabajador

Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. **PARÁGRAFO 1.—**Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, en dinero o en especie, no constituyen salario. **PARÁGRAFO 2: EL TRABAJADOR** autoriza a **EL EMPLEADOR** para que la retribución, así como cualquier otro beneficio, sea prestacional, descanso vacaciones etc. originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a la cuenta bancaria según datos por el suministrados.
OCTAVA. DURACIÓN DEL CONTRATO – OBRA O LABOR: Las partes hemos pactado que el presente contrato estará determinado por la duración del contrato suscrito entre ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y AVIACION CALI_No.CO1.PCCNTR.1518939-2020 - 130-00-J-EMAVI-GRUAL-2020-1, ubicado en CALI- VALLE . Las partes además pactamos y aclaramos que el periodo de prueba será la quinta parte de la duración del contrato comercial antes mencionado.

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.
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 05 DE OCTUBRE DEL 2020, en dos ejemplares del mismo tenor y valor.

EL EMPLEADOR
NIT. 860522931-2

Santiago Salas

SANTIAGO SALAS ALARCON
C.C. 1.006.100.572

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

Reclamar en: CLL 77 # 27 A 11

Autorizamos al Sr. (a): SANTIAGO SALAS ALARCON Helvaco => 3094

Cedula de Ciudadanía No: 1.006.100.572

Contrato/Sede: **AVIACION CALI** Intercalzado => 3095

Fecha: 13/10/2020

Articulo	Color	Talla	Cantidad
Uniforme anti-fluido			
Overol Hombre Dos Piezas			
Jean	**AZUL** 1702	**34**	**2**
Bota Caucho Caña Baja			
Zapato Evacol			
Botas Para Guadañar			
Camisa Polo Manga corta	**GRIS** 1702	**XL**	**2**
Bota Cuero Punta de Acero	**NEGRO** stock	**42**	**1**
Gorra	1339	**UNICO**	**1**
Delantal industial			
Cofia			
Firma Jefe de Compras	Firma de quien Autoriza		

2 JEAN 2 CAMISA POLO 1 BOTA CUERO PUNTA DE ACERO 1 GORRA

Cantidad de dotación autorizada en letras y numero

Vanessa

Firma y Cedula Empleado

AC 34