minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1903

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: Salazar	Nombre(s) del aspirante: Liliam Adriana Salazar
Lugar y fecha de nacimiento: Riosucio caldas Febrero 08-1.967.	
Dirección domicilio / Barrio: Carrera 11G#40-26 e/ Americas	Ciudad: Cali Valle.
Teléfono: 3049469	No. Celular: 3135975764-3148387786
Correo electrónico: Adri.Sa67@hotmail.com	Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Aux. Servicios Generales	(*) Estado civil: Casada
	Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 25060236	(**) Libreta militar No. — Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: Riosucio caldas	Distrito No. — Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X] — Licencia de conducción No. — Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Algoap SAS.	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 [ ] 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? Cali Valle	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Cali Valle	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Rita Ines portocarrero	Teléfono: 3206670652	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 800.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo Alimentación otros		¿Cuanto es su aspiracion salarial? $	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?			
¿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 cómo planea hacerlas realidad.

Desenvolver y ofrecer todas mis cualidades y capacidades Para desarrollar las actividades Asignadas. Adquirir atraves del esfuerzo una valiosa Experiencia. tanto laboral como personal

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

REV. 04-2016

114 2640

7 702124 007813 2

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)
Brillaseo S.A.	Calle 4 #42-104	552-33-33

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Jorge Caicedo	Aux. R. Humanos	D 15 M 12 A 2009	D 20 M 08 A 2013

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
44 meses	$ Basico	$ Basico	Operaria de Aseo

Funciones realizadas: todo lo relacionado con Aseo en general.

y Cafeteria

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: termino de Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
CosmoAseos S.A.	Calle 5 #87-21 las Vegas	3150363

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Juan Carlos Millan	Administrador	D 10 M 02 A 2016	D 30 M 04 A 2016

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
7 meses	$ Basico	$ Basico	Aux. de cocina.

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: termino de Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Algoap SAS	Cll 200 # 96 C 44 Bogotá D.C.	3174406877

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Sandra Aponte.	Gerente Comercial	D 16 M 06 A 2017	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
6. meses	$ Basico	$ Basico	Aux. de cocina.

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)?	¿Fondo de pensiones?	¿Fondo de cesantías?
Sí [X] No ☐	Sí [X] No ☐	Sí [X] No ☐
¿Cuál? Medimas	¿Cuál? Colfondos	¿Cuál? Horizonte
Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:
Cotizante [X] Beneficiario ☐		

Si desea diligenciar este form en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el cativo, e imprímalo desprendiendo las hojas por esta pa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
25.060.236
NUMERO



SALAZAR
APELLIDOS

LILIAM ADRIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1967

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-MAR-1985 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-85117811-F-0025060236-20040302 00503 04062H 01 144224555

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.060.236**

SALAZAR
APELLIDOS

LILIAM ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1967**

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAR-1985 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-65117811-F-0025060236-20040302 **00503**04062H 01 144224555

Procuraduría General de la Nación
República de Colombia

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía ▼ Número Identificación: 29507847

¿ Primer color de la bandera de Colombia? amarillo

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ANA MILENA URRESTA DUARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 29507847.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: viernes, noviembre 24, 2017 - Hora de consulta: 08:07:50

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Centro de Atencion al Público (CAP): Carrera 5ª nro. 15 - 60 (Bogota) / Lunes a viernes de 8 a.m. a 5:00pm. jornada continua.
Recibo de Correspondencia: Lunes a viernes de 8 a.m. a 4:00pm. jornada continua.
Linea gratuita para todo el país: 018000 910 315 - Linea reducida: 142 - PBX: (571) 5878750
Email: quejas@procuraduria.gov.co / dcap@procuraduria.gov.co / webmaster@procuraduria.gov.co
Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.4

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de noviembre de 2017, a las 8:6:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	29.507.847
Código de Verificación	303702582017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 24/11/2017 a las 08:05:24 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 29507847 y Nombres: URRESTA DUARTE ANA MILENA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

Todos los derechos reservados 2011.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Me permito certificar que conozco hace aproximadamente 20 años a la señora **LILIAM ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania **No 25.060.236** de Riosucio Caldas, y puedo dar fe que es una persona honesta, responsable y comprometida con sus objetivos.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Santiago de Cali, 22 dias del mes de Noviembre de 2017.

Atentamente,

Mario Restrepo

MARIO RESTREPO
C.C
Tel: 4415394
Cel: 3137927519

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo **DIANA MARCELA SALDARRIAGA MACHADO** identificada con cedula de ciudadania No 1.130.600.950 de Cali, certifico que conozco de vista y trato a la señora **LILIAN ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania **No 25.060.236** de Cali-Valle, hace aproximadamente 12 años y durante este tiempo ha demostrado ser una persona responsable, honesta y cumplidora de todas sus obligaciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los 22 dias del mes de Noviembre de 2017.

Atentamente,

Diana Marcela Saldarriaga

DIANA MARCELA SALDARRIAGA M.
C.C 1.130.600.950
Tel: 6352137
Cel: 3175016371

Nota: Puedo Ratificar personalmente esta Certificación.

Brillaseo

Nit.890.327.801-0

CERTIFICACIÓN

Que la señora **LILIAM ADRIANA SALAZAR**, identificada con la cédula de ciudadanía número **25.060.236 DE RIOSUCIO**, tiene un primer contrato que fue desde el día **15 DE Diciembre/2009** hasta **24 DE NOVIEMBRE/2011**, y último contrato desde **16 DE ENERO/2012** hasta **20 DE AGOSTO/2.013**, desempeñando durante supermanencia en la empresa el cargo de **OPERARIA DE ASEO.**

Se expide la presente Certificación a solicitud del interesado a los nueve días (9) del mes de Junio del dosmil Diesisiete 2017.

Cordialmente

JORGE ALBERTO CAICEDO YANTEN
Auxiliar de Gestión Humana

Cali: Calle 4 No. 42-104 PBX: 552 3333 Fax: 552 5290
Bogota: Carrera 17 #146-25 Tels.: 258 5538 Fax: 627 1447

CosmoAseos S.A.
un mundo de servicios

ASEO DIARIO EN:
EDIFICIOS
CLÍNICAS
FÁBRICAS
LAVADO DE MUEBLES
CENTROS EDUCATIVOS Y COMERCIALES
BRILLADO, CRISTALIZADO Y DIAMANTADO DE PISOS
MANTENIMIENTO DE PISCINAS Y ZONAS VERDES

COSMO ASEOS S.A.

NIT 805017017-1

A PETICION DEL INTERESADO

HACE CONSTAR

Que el señor (a) **LILIAM ADRIANA SALAZAR**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 25.060.236 de Riosucio, laboró para nuestra empresa Cosmo Aseos S.A., del 10 de Febrero de 2016 al 30 de Septiembre de 2016, con un contrato a término fijo, en el cargo auxiliar de servicios.

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali a los 06 días del mes de Julio de 2017.

Cordialmente,

COSMO-ASEOS S.A. GERENTE CALI

JUAN CARLOS MILLAN M.
ADMINISTRACION

Elaboro: MARR

Calle 5 No. 87 - 21 Las Vegas - Tels.: 485 9833 - 375 9243 - 315 0363 Cel.: 318 828 0011 - Cali - Colombia
E-mail: cosmoaseos@hotmail.com - www.cosmoaseos.com

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "LAS AMÉRICAS" DE FLORIDA VALLE

H A C E C O N S T A R

Que ***ANA MILENA URRESTA DUARTE,*** *identificado(a) con C.C. No.29507847 expedida en Florida (Valle),* ***cursó y aprobó*** *en esta Institución* ***Sede Instituto Las Américas*** *el grado* ***UNDÉCIMO (11º)*** *del Nivel Media Vocacional Modalidad Académico, correspondiente al período 1997-1998, según* ***Acta No.18*** *del 03 de Julio de 1998, su respectivo Diploma aparece registrado en el* ***Libro Control de Diploma No.01, Folio No.028, Registro No.125 y Diploma No.0652580.***

Que obtuvo el título de ***BACHILLER ACADÉMICO.***

La presente constancia se expide para ***trabajo.***

Dado en Florida (Valle), el veinticuatro (24) de Noviembre de Dos Mil Diecisiete (2017).

ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI PRESENTA ENMENDADURA O NO POSEE LAS ESTAMPILLAS RESPECTIVAMENTE

Supresión de sellos según Art. 11 del Decreto No. 2150 de 1995.

Lic. MIGUEL BRITTO JIMÉNEZ
Rector

Copia: Archivo
Juliana

Acta Individual de Grado

Instituto Bolivariano Esdiseños

Resolución Oficial No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002 otorgado
por la Secretaría de Educación del Valle del Cauca

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santiago de Cali, a los (18) dias del mes de diciembre del año 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretrario (a) en la rectoría del Instituto Bolivariano Esdiseños, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la SECRETARIA DE EDUCACIÓN del Valle del Cauca, para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad de BACHILLER ACADÉMICO según resolución No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

LILIAM ADRIANA SALAZAR
C.C. No. 25.060.236 DE RIO SUCIO-CALDA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 002 de fecha 18 de Diciembre de 2004 que consta de 200 alumnos y que comienza con el nombre de ALBORNUZ JOSÉ WILBER y se cierra con el nombre de ZULUAGA GALLEGO JUAN CAMILO, firmada por **Lic. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT** (Rector) y **ESMERALDA MARENCO GRANADOS** (Secretaria).

Dada en Santiago de Cali a los dieciocho (18) dias del mes de Diciembre de 2004.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la Republica de Colombia.

LIC. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT
Rector
C.C. 16.597.819 de Cali

ESMERALDA MARENCO GRANADOS
Secretaria
C.C 22.431.091 de B/quilla

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Hace Constar que: LILIAN ADRIANA SALAZAR

Doc. Identidad: 25.060.236

Fecha de Expedición: 29 NOV-16 A 29 NOV-17

E.A.T. FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS

NIT. 815.003.276-6
Secretaría Dptal. de Salud Departamento del Valle del Cauca Resolución 0205/2001

Nº A- 11593

- Este carnet no es valido sin firma y sello de la empresa.
  FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS
- Es personal e intransferible
- No olvide utilizar sus elementos de protección personal, gorro, tapabocas, 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. 815.003276.-6
CEL.:314 633 2500 - 317 720 8456
TEL.: 3705216 CALI

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con Cedula Ciudadania número 25060236
presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	LILIAM ADRIANA SALAZAR		
Número de identificación:	25060236	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo cotizante:	Dependiente		
Dirección actual de residencia:	Carrera 11D 39 11	Municipio residencia:	Cali
Teléfono actual de residencia:	3049469	Depto. Residencia:	VALLE DEL CAUCA

Documento Aportante	Razón social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
900336372	ALGOAP SAS	01/07/2017	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

se firma y expide en Bogotá a los 16 del mes de Noviembr e de 2017 , a solicitud del interesado

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

.ro Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

medimás EPS No.3012553403

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ 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: SALAZAR | Segundo apellido | Primer nombre: LILIAM | Segundo nombre: ADRIANA
7. Tipo documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ | 10. Fecha de nacimiento: 08/12/1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COLPATRIA
16. Administradora de Pensiones: COLFONDOS
17. Ingreso base de cotización - IBC: 737717
18. Residencia: Dirección: CRA 11 G #40-26 | Teléfono fijo | Teléfono celular: 3135975764 | Correo electrónico
Municipio/Distrito: CALI | Zona: Urbana ☐ Rural ☐ | Localidad/Comuna | Departamento: 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: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | 23. Fecha de nacimiento

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Tipos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar 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		
B		

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

35. Nombre o razón social: GRUPO G Y F SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 860522931
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CRA 7 #146-74 OF 1120 | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito: BOGOTA | Departamento: BOGOTA.

EMPLEADOR

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 16/12/2017
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CUNDINAMARCA
AGENTE COMERCIAL SOLUCIONES EFECTIVA SAS
16 DIC 2017
FERNANDO ALDERON C.C. 93116975

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

medimás EPS No.3012553403

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ 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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[illegible]		LILIAM	ADRIANA

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino ☑ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
			08/12/1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición I P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
[illegible]	[illegible]	737717

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 11 G N 40-26		3135972144	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
CALI			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: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

	32. Municipio/Distrito de residencia	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar 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		
B		
I		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
GRUPO GYE S.A.S	NIT	8605[illegible]7	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 74 C # 10-74			BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				16/12/2017

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CUNDINAMARCA
AGENTE COMERCIAL SOLUCIONES EFECTIVA SAS
16 DIC 2017

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

FERNANDO DERON SANCHEZ C.C. 93116975

OBSERVACIONES:

EMPLEADO

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con C.C No. 25.060.236, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de noviembre del 2017.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		VERSIÓN	3
		FECHA DE VIGENCIA:	MAYO 24 DE 2011

Ciudad y fecha: Dic 16/2017	Contrato/Sede: Escuela Militar de Aviación
Nombre: Liliam Adriana Salazar	Cargo: Aux. Servicios generales

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. 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. 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
   d. 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
   d. Todas las anteriores

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

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

Cultura organizacional	misión	Servicios generales	integrales

Nuestra misión 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:	3
		FECHA DE VIGENCIA:	MAYO 24 DE 2011

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 Liliana Adriana Salazar Firma: [signature]

Ciudad y fecha Cali Valle Dic. 16 - 2017

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 _____ **con cedula No.:** _____ **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.**

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	25060236	EXPEDIDA EN	Risaralda caldas
NACIONALIDAD	Colombiana.	PAIS	
NOMBRES	Lilian Adriana	APELLIDOS	Salazar.
FECHA DE NACIMIENTO	Febrero 8/67	EDAD 5	50 AÑOS
MUNICIPIO NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	
DIRECCION RESIDENCIA	Carrera 46 #40-26	CIUDAD	Cali
BARRIO	las Americas	TEL FIJO.	
CELULAR	313 5475764	CORREO ELECTRONICO	Adri.SA67@hotm.com
VIVE EN CASA	PROPIA ALQUILADA X	ESTADO CIVIL	casada
Nº HIJOS 1 SEXO F	PERSONAS A CARGO	PESO EN KILOS 70.	ESTATURA Mts 1.54
LIMITACION FISICA DEL TRABAJADOR	SI NO CUAL ?		
PROFESION U OFICIO	Aux. S. Generales	AÑOS EXPERIENCIA	
FONDO PENSION	Colfondos	E.P.S	Medimas

ESTUDIOS

TIPO	DURACION	FECHA DE FINALIZACION	GRADUADO SI O NO	INSTITUCION
PRIMARIA	5	1.974		Maria Auxiliadora
BACHILLERATO	6	2004	SI	Int. Bon. Esdivenos
TECNICO				
TECNOLOGO				
PROFESIONAL				
ESPECIALIZACION				

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Mario Restrepo	TELEFONO	441 5304
NOMBRE	Fabio Ossa	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	Martin machado	CEDULA	16.756644				
EXPEDIDAD EN	Cali	BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO	EDAD	44.	
FECHA DE NACIMIENTO	Agosto 3/68	RESIDE CON USTED	X.				
HIJO (A)	Katherine machado	CEDULA					
EXPEDIDAD EN		BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO.	EDAD	24	
FECHA DE NACIMIENTO	Sep 17/93	RESIDE CON USTED	X				
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 _____ 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,

easyclean
NIT: 860.522.831-2
Recursos Humanos

_____ _____

FIRMA COLABORADOR **GYE**

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:		ENTREVISTA DE SELECCIÓN
NOMBRE DEL ASPIRANTE:	Adan Adriano Salas	
PUESTO SOLICITADO:	Aux. S. General	
FECHA:	16 - Dic 2017.	

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?			
	¿Tiene 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?			

easyclean
NIT: 860 522 931-2

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ENTREVISTA		VERSION:	2
		FECHA DE VIGENCIA:	2011-07-05

Fecha: Dic. 16 /2017 **Hora:** _____

Nombre del Aspirante: Silvia Adriana Salazar

Cargo al que aspira: Aux. S. Generales

Aspiración salarial: _____

Disponibilidad de tiempo completo.

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 mínimo 7 puntos para continuar con el procesos de selección y contratación

Aprobado: _____ **Rechazado:** _____

Observaciones:

_____

_____

_____

Firma del entrevistador: _____

easyclean
NIT. 860.522.931-2
Recursos Humanos

DATOS DEL TRABAJADOR		VERSIÓN:	8
		FECHA DE VIGENCIA:	JULIO 7 DE 2011
FECHA DE INGRESO		CONTRATO	
DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRES	Lilian Adriana Salazar		
APELLIDOS	Salazar		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25060236	LIBRETA MILITAR	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 116#40-26	TELÉFONO FIJO	304 9469
CELULAR	313 547 5764	CARGO	Aux. Serv. General
FONDO DE PENSIONES	Colfondos	EPS	Medimas
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON			
NOMBRE	Martin Machado	CELULAR	3234417575
ESTUDIOS ACADÉMICOS			
TIPO	AÑO	INSTITUCIÓN	
PRIMARIA	1.979	Maria auxiliadora	
SECUNDARIA	2004	Inst. Bono. Fsdisenos	
TECNICOS			
UNIVERSITARIOS			
OTROS			

EVALUACIONES MEDICAS				
EXAMEN MEDICO DE INGRESO	SI	NO	FECHA	
EXAMEN MEDICO PERIODICO	SI	NO	FECHA	
EXAMEN DE RETIRO	SI	NO	FECHA	
OTROS	SI	NO	FECHA	
OTROS	SI	NO	FECHA	
OTROS	SI	NO	FECHA	

Me compremeto còn GYE a informar por escrito de manera inmediata cambios en mi dirección y numero telefonico

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí consignados son ciertos.

En constancia suscribo el presente documento en la fecha arriba indicada.

Firma del trabajador		C.C. 25060236	

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	25060236
Nombre:	LILIAN ADRIANA SALAZAR
Fecha Ingreso:	16/12/2017
Salario básico:	737.717
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 002
Tasa:	1,044
Fecha hora transacción:	07/12/2017 04:42:22 p.m.

easyclean
un aliado impecable

CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR

CONTRATO No.	**LÑ0347**
EMPLEADOR	**EASYCLEAN G&E S.A.S. – NIT.860.522.931-2**
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	**DIAGONAL 74 BIS N° 20 -B - 74 BOGOTA**
FECHA INICIO	**16 DE DICIEMBRE DEL 2017**
FECHA DE TERMINACIÓN	**SUJETO AL CONTRATO SUSCRITO ENTRE EASYCLEAN GYE S.A.S. Y ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ. SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERÍA**
EMPLEADO	**LILIAM ADRIANA SALAZAR**
CEDULA DE CIUDADANÍA	**25.060.236**
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	**08 DE FEBRERO DE 1967 / RIOSUCIO**
DIRECCIÓN RESIDENCIA Y TELÉFONO.	**CRA 11 G No 40 26 3135975764**
SALARIO MENSUAL	**SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS ($737.717) AUXILIO DE TRANSPORTE MENSUAL OCHENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA PESOS ($83.140)**
TE	
PERIODO DE PAGO	**MENSUAL**
OFICIOS A DESEMPEÑAR	**AUXILLIAR DESERVICIOS GENERALES**
CIUDAD DONDE SE DESEMPEÑARÁ LA LABOR.	**CALI**
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO	**BOGOTA**

Entre el **EMPLEADOR** y el **TRABAJADOR**, identificados como aparece al pie de las firmas, se ha celebrado el contrato individual de trabajo que se regirá además de las disposiciones legales y en lo previsto por el Reglamento Interno de Trabajo por la Ley laboral y por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO. EL EMPLEADOR; contrata los servicios personales de **EL EMPLEADO** para desempeñar el cargo de **AUXILLIAR DE SERVICIOS GENERALES**, para lo cual cuenta con suficiente capacidad, responsabilidad, e idoneidad para la ejecución de la tarea encomendada, de conformidad con los reglamentos, órdenes e instrucciones que le impartan sus superiores.

PARÁGRAFO PRIMERO: a)- EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** y este se obliga a poner al servicio del **EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores conexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** directamente o a través de sus representantes. **b)-** a prestar sus servicios en forma exclusiva al empleador; es decir, a no prestar ni directamente ni indirectamente los servicios laborales a otros **EMPLEADORES**, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; **c)-** a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrodomésticos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materiales que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El EMPLEADO se compromete a prestar de forma personal el servicio integral de aseo y cafeteria, contratado por la entidad **ESCUELA MILITAR DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ, de conformidad al contrato número 163-10-J-EMAVI-GRUAL-2017.**

FUNCIONES DEL CARGO:

Realizar diariamente aseo, consistente en barrer, trapear, limpiar paredes, vidrios, desinfectar todas las dependencias e instalaciones, baños, cafetería, oficinas, áreas externas y comunes, de la empresa y/o entidad asignada para laborar.

12. Prestar el servicio de cafetería diariamente conforme al horario establecido, preparar el café, Agua Aromática; Servir y ofrecer a los diferentes Funcionarios las diferentes bebidas de acuerdo a la normatividad de manipulación de Alimentos.
13. Utilizar adecuadamente la cafetera de acuerdo a las capacitaciones y dejarla Limpia todos los días.
14. Responder por el buen uso de los elementos asignados a su cargo para el cumplimiento de sus funciones.
15. Mantener en perfecto orden y aseo los utensilios de cafetería.
16. Cumplir las órdenes impartidas por el coordinador de puesto o supervisor.
17. Cumplir el Reglamento Interno de Trabajo.
18. Portar de forma impecable el Uniforme y Utilizar el Carnet de la Empresa.
19. Utilizar los elementos de Protección Personal.
20. Solicitar oportunamente los elementos y/o insumos de cafetería que requiere para el buen desempeño de sus funciones.
21. Entregar Oportunamente la Incapacidad y soporte, así como avisar cualquier novedad como calamidad o caso fortuito.
22. Las demás que le asigne su jefe inmediato.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN MEDIO AMBIENTE:

10. Ahorrar insumos como papel y artículos de oficina
11. Ahorrar energía eléctrica y agua.
12. Realizar separación en la fuente de residuos.
13. Demostrar comportamientos que lleven a la preservación y cuidado del Medio ambiente en el ejercicio de sus funciones.
14. Participar activamente en las actividades de medio ambiente programadas por la organización.
15. Aportar al cumplimiento de los objetivos en materia ambiental.
16. Realizar aportes para el mejoramiento continuo del sistema en materia ambiental.

easyclean
un aliado impecable

EL EMPLEADOR
C.C. N°.

EL EMPLEADO
C.C. N°. 25.060236

ean
Humanos

COMPROMISO DE ENTREGA DE TODA LA DOCUMENTACION EXIGIDA PARA EL INGRESO

Yo Lidian Adiana Salazar identificada con C.C 25060236 me comprometo a entregar la totalidad de la documentación exigida por la contratación de EASYCLEAN GYE SAS.

Sabiendo y entendiendo que si me llegara a faltar algún documento no me será consignado el primer salario hasta tanto haya cumplido con el total de requisitos

DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
Hoja de Vida (10.03)		
Certificados laborales (2)		
Fotocopia de la Cédula (4 al 150%)		
Carne de curso de alturas vigente (Según el cargo)		
Fotocopia de Libreta Militar /si aplica		
Fotos 3x4 (2)		
Certificado de EPS		
Certificado de pensión (AFP)		
Carne Manipulación de Alimentos vigente (Según el cargo)		

FECHA: 22 / 10 / 2017

NOMBRE: Lidian Adiana Salazar

CEDULA: 25060236

FIRMA:

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

Reclamar en: **Hervalco Calle 79 N° 69 P - 48 FERIAS**

Autorizamos al Sr. (a): Liliam Adriana Salazar

Cedula de Ciudadania No:

Contrato/Sede: **ESCUELA DE AVIACION MARCO FIDEL SUAREZ- 1551378**

Fecha: **22 DE NOVIEMBRE DE 2017**

Articulo	Color	Talla	Cantidad
Conjunto Dama		14	1
Overol hombre			
Delantal			
Bota caucho caña baja			
Bota caucho caña alta			
Zapato dama		38	1
Bota cuero hombre			
Bota dielectrica			
Otros: Camisa			1

Firma Jefe de Compras	Firma de quien Autoriza
	easyclean NIT: 860.522.931-2 Directora Recursos Humanos

.Cantidad de dotacion autorizada en letras y numero

COMPROMISO DE ENTREGA DE TODA LA DOCUMENTACION EXIGIDA PARA EL INGRESO

Yo_____ identificada con C.C _____ me comprometo a entregar la totalidad de la documentación exigida por la contratación de EASYCLEAN GYE SAS.

Sabiendo y entendiendo que si me llegara a faltar algún documento no me será consignado el primer salario hasta tanto haya cumplido con el total de requisitos

FECHA: 16 / 12 / 2017

NOMBRE: Leidy Adiana Salazar

CEDULA: 25060236

FIRMA: _____

Bogotá, 12 de diciembre de 2018

Señores
Banco de Bogotá.
Atn. Rocio Alvarado
Consultor de Cash Management
Bogotá

Solicito amablemente la apertura de una Cuenta de Ahorros producto nómina, para el Sr. (a) LILIAM ADRIANA SALAZAR ***identificado(a) con la C.C. 25.060236 se encuentra vinculado a la compañía Easyclean G&E S.A.S, Nit. 860.522.931-2, cuya cuenta Dispersora es Corriente No. 086-02867-7.***

Esta cuenta debe quedar gravada con el código de dispersión **UA2**

Agradezco su amable colaboración.

Cordial Saludo,

CARLOS ANDRES MATEUS ORDOÑEZ
Gerente Administrativo y Financiero
C.C. 79.785.993

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva

easyclean
un aliado imponible

12892

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	**Liquidación:** 15512	**LUGAR Y FECHA:** CALI
Trabajador	LILIAM ADRIANA SALAZAR	**C.C./NIT** 25060236	**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** **1.021.444,00**

MOTIVO RETIRO: TERMINACION CONTRATO **BASICO: 781.242,00** **Base Prima** **1.288.717,00**

Salario BASICO + PROMEDIO **Base Vacaciones** **815.421,00**

Banco: BANCO DE BOGOTA **Cuenta** 456116805 **CENTRO COSTO:** AVIACION CALI

PAGOS				DESCUENTOS		
Concepto	**Inf.**	**Descripción**	**Valor**	**Concepto**	**Descripción**	**Valor**
5	8,75	VACACIONES PREST.	237.831,00			
9	195	CESANTIAS	553.282,00			
10	195	INTERESES DE CESANTIAS	35.963,00			
13	15	PRIMA LEGAL	53.697,00			
TOTAL PAGOS			**880.773,00**	**TOTAL DESCUENTOS**		**0,00**

NETO A PAGAR **880.773,00**

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 OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES .

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

AI 248
2017

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva

12892

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	**Liquidación:** 15512	**LUGAR Y FECHA:** CALI
Trabajador	LILIAM ADRIANA SALAZAR	**C.C./NIT** 25060236 **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** 1.021.444,00

MOTIVO RETIRO: TERMINACION CONTRATO **BASICO:** 781.242,00 **Base Prima** 1.288.717,00

Salario BASICO + PROMEDIO **Base Vacaciones** 815.421,00

Banco: BANCO DE BOGOTA **Cuenta** 456116805 **CENTRO COSTO:** AVIACION CALI

PAGOS				DESCUENTOS		
Concepto	**Inf.**	**Descripción**	**Valor**	**Concepto**	**Descripción**	**Valor**
5	8,75	VACACIONES PREST.	237.831,00			
9	195	CESANTIAS	553.282,00			
10	195	INTERESES DE CESANTIAS	35.963,00			
13	15	PRIMA LEGAL	53.697,00			
TOTAL PAGOS			**880.773,00**	**TOTAL DESCUENTOS**		**0,00**

NETO A PAGAR **880.773,00**

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 OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES .

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

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 (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: Salazar	Nombre(s) del aspirante: Liliam Adriana
Lugar y fecha de nacimiento: Riosucio Caldas Febrero 8/67	
Dirección domicilio / Barrio: Carrera 11 G #40-26 las Americas	Ciudad: Cali Valle
Teléfono: 3049469	No. Celular: 3135975764
Correo electrónico: Adri.5a67@hotmail.com	Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Aux. Servicios Generales	(*) Estado civil: Casada — Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 25060236 / Extranjería: [ ] Expedida en: Riosucio Caldas	(**) 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 [X] No [ ]	¿En qué empresa? CosmoAseos S.A.	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Fecha: D 16 M 07 A 2018	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] 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? Cali Valle	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Cali Valle	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Rita Ines Portocarrero	Teléfono: 3206670652	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 15 meses
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 800.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo. Alimentación. otros		¿Cuanto es su aspiracion salarial? $	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?			
¿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 cómo planea hacerlas realidad.

Desenvolver y ofrecer todas mis cualidades y capacidades para desarrollar las actividades Asignadas. Adquirir atraves del esfuerzo una buena Experiencia con la cual pueda Crecer Laboral como personalmente

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

REV. 04-2016

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)
Cosmo. Aseos S. A.	Calle 5 #87-21 las Vegas	3150363

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Juan Carlos Millan	Administrador	D 10 M 02 A 2016	D 30 M 09 A 2016

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
8. meses	$ Basico	$ Basico	Aux. Servicios Generales

Funciones realizadas: Stiwar

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: termino de Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Cleaner	Av. 7 # 23N 57.	641 0601

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Karen Garcia	Gestion humana	D 01 M 10 A 2016	D 15 M 06 A 2017

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
8. meses	$ Basico	$ Basico	Aux. Servicios Generales

Funciones realizadas: Stiwar

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: termino de Contrato

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
easyclean	Diagonal 74bis #203-74	3114645618

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Freddy Moros	Administrador	D 16 M 12 A 2017	D 15 M 07 A 2018

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
7. meses	$ Basico	$ Basico	Aux. Servicios Generales.

Funciones realizadas: Stiwar

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: termino de Contrato

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?
Sí [X] No [ ]	Sí [X] No [ ]	Sí [X] No [ ]
¿Cuál? Medimas	¿Cuál? Colfondos	¿Cuál? Horizonte
Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:
Cotizante [X] Beneficiario [ ]		

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118849413

WEB
15:21:08

Bogotá DC, 05 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) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25060236:

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
25.060.236
NUMERO

SALAZAR
APELLIDOS

LILIAM ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1967
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-MAR-1985 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-85117811-F-0025060236-20040302 00503 04062H 01 144224555

CosmoAseos S.A.
un mundo de servicios

ASEO DIARIO EN:
EDIFICIOS
CLÍNICAS
FÁBRICAS
LAVADO DE MUEBLES
CENTROS EDUCATIVOS Y COMERCIALES
BRILLADO, CRISTALIZADO Y DIAMANTADO DE PISOS
MANTENIMIENTO DE PISCINAS Y ZONAS VERDES

COSMO ASEOS S.A.

NIT 805017017-1

A PETICION DEL INTERESADO

HACE CONSTAR

Que el señor (a) **LILIAM ADRIANA SALAZAR,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 25.060.236 de Riosucio, laboró para nuestra empresa Cosmo Aseos S.A., del 10 de Febrero de 2016 al 30 de Septiembre de 2016, con un contrato a término fijo, en el cargo auxiliar de servicios.

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los 15 días del mes de Noviembre de 2018

Cordialmente,

COSMO-ASEOS S.A. GERENTE CALI

JUAN CARLOS MILLAN M.
ADMINISTRACION

Elaboro: MARR

Calle 5 No. 87 - 21 Las Vegas - Tels.: 485 9833 - 375 9243 - 315 0363 Cel.: 318 828 0011 - Cali - Colombia
E-mail: cosmoaseos@hotmail.com - www.cosmoaseos.com

Santiago de Cali, noviembre 13 de 2018
CLEANER S.A. 1165-018

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) LILIAM ADRIANA SALAZAR, titular de la cedula de ciudadanía No. 25060236 estuvo vinculado (a) a la sociedad CLEANER S.A. con un contrato obra labor, desde el día un (01) de octubre del 2016 hasta el quince (15) de junio del 2017, desempeñando el cargo de OPERARIA DE ASEO GENERAL percibiendo por su servicio un salario mensual correspondiente a la suma de SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS ($737.717,00) MCTE.

Este certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Santiago de Cali, a los trece (13) dias del mes de noviembre del 2018.

Atentamente,

KAREN LIZETH GARCÍA PRECIADO
Coordinadora De Gestión Humana.

easy clean
un aliado impecable

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE EASYCLEAN GYE S.A.S
NIT 860.522.931-2

CERTIFICA

Que el señor(a) **LILIAM ADRIANA SALAZAR** identificado con cédula de ciudadanía **No. 25.060.236** laboro en nuestra empresa con contrato a término **OBRA O LABOR DETERMINADA** desde el **16 DE DICIEMBRE 2017 HASTA 15 DE JULIO DE 2018** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES.**

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los veintisiete (27) días del mes de Julio de 2018.

Cordialmente,

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Director Recursos Humanos

RAFAEL EDUARDO SARMIENTO ACEVEDO
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
EASYCLEAN GYE S.A.S

ALGOAP SAS

EDWIN GONZALEZ KERGUELEN ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ALGOAP SAS CON NIT: 900.336.372-2, CERTIFICA QUE:

La señora **LILIAM ADRIANA SALAZAR,** identificada con documento de identidad **No. C.C. 25.060.326**; labora desde el mes de 16 de junio del presente año, en nuestra compañía; mediante contrato laboral obra labor, desempeñando sus labores en **FUERZA AEREA COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN – CALI** en el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, y devenga un salario de **SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIEZ Y SIETE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 737.717) más auxilio de transporte.**

Para constancia de lo anterior se expide en Bogota D.C., a los 16 días del mes de Noviembre de 2018

EDWIN GONZALEZ KERGUELEN
GERENTE GENERAL
ALGOAP S.A.S.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Me permito certificar que conozco hace aproximadamente 6 años a la señora **LILIAM ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania **No 25.060.236** de Riosucio Caldas, y puedo dar fe que es una persona honesta, responsable y comprometida con sus objetivos.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Santiago de Cali, 5 dias del mes de Diciembre de 2018.

Atentamente,

Duberney García
C.C 1.113.517.855
Cel: 3202658179

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo **Gina Paola Ramos Valencia** identificado con cedula de ciudadania No **1.144.040.045** de Cali, certifico que conozco de vista y trato a la señora **LILIAN ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania **No 25.060.236** de Cali-Valle, hace aproximadamente 12 años y durante este tiempo ha demostrado ser una persona responsable, honesta y cumplidora de todas sus obligaciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los 5 dias del mes de Diciembre de 2018.

Atentamente,

Gina Paola Ramos V

Gina P. Ramos Valecia
C.C 1.144.040.045
Cel: 3126834759

Nota: Puedo Ratificar personalmente esta Certificación.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Hace Constar que: LILIAN ADRIANA SALAZAR

Doc. Identidad: 25.060.236

Asistió a la Capacitación de: Manipulación de alimentos con una intensidad de 4 Horas Cumpliendo con el Artículo 14 Decreto 3075 de4 1.997

Fecha de Expedición: 11 ABR-18 A 11ABR-19

E.A.T. FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MÁS

NIT. 815.003.276-6

Secretaría Dptal. de Salud Departamento del Valle del Cauca Resolución 0205/2001

Capacitador:

Nº 7498

Cra. 71 No. 76-58 Tel. 370 5216 Cels. 314 693 2500 / 317 220 8456

Email: fumiexterminadoryalgomas@hotmail.com

- Este carnet no es válido sin firma y sello de la empresa.
  FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MÁS
- Es personal e intransferible
- No olvide utilizar sus elementos 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. 815.003276-6
CEL.:314 693 2500 - 317 220 8456
TEL.: 3705216 CALI

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	U.			
Virus de Papiloma Humano				

VACUNACIÓN EXTRAMURAL CAMPAÑA NAL. 2018

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	14/07/18	N3P05	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras	Neumococo (2)	14/07/18	N0247A03	

Acta Individual de Grado

Instituto Bolivariano Esdiseños

Resolución Oficial No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002 otorgado
por la Secretaría de Educación del Valle del Cauca

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santiago de Cali, a los (18) dias del mes de diciembre del año 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretrario (a) en la rectoría del Instituto Bolivariano Esdiseños, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la SECRETARIA DE EDUCACIÓN del Valle del Cauca, para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad de BACHILLER ACADÉMICO según resolución No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

LILIAM ADRIANA SALAZAR
C.C. No. 25.060.236 DE RIO SUCIO-CALDA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 002 de fecha 18 de Diciembre de 2004 que consta de *200* alumnos y que comienza con el nombre de ALBORNUZ JOSÉ WILBER y se cierra con el nombre de ZULUAGA GALLEGO JUAN CAMILO, firmada por **Lic. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT** (Rector) y **ESMERALDA MARENCO GRANADOS** (Secretaria).

Dada en Santiago de Cali a los dieciocho (18) dias del mes de Diciembre de 2004.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la Republica de Colombia.

LIC. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT
Rector
C.C. 16.597.819 de Cali

ESMERALDA MARENCO GRANADOS
Secretaria
C.C 22.431.091 de B/quilla

ESCUELA NORMAL SUPERIOR SAGRADO CORAZÓN

Aprobada por Resolución N° 03889 del 13 de Octubre de 1999
Acreditación de Calidad y Desarrollo Resolución N° 449 del 5 de Marzo de 2003
Nit. 800.146.455-7

REGISTRO ANTE SEC. DE EDUC. 161403-0004
REGISTRO ANTE EL DANE. 117614000753

CERTIFICADO Nro. 087/2004

La Rectora Encargada de la **ESCUELA NORMAL SUPERIOR "SAGRADO CORAZÓN"** de Riosucio, Caldas, aprobada en los Niveles de Educación Preescolar, Básica en sus ciclos de Primaria y Secundaria y Media, y el Ciclo Complementario de formación Docente con una duración de cuatro (4) semestres académicos, calendario A, jornada única, por Resolución N° 03889 del 13 de Octubre de 1999, emanada de la Secretaria de Educación Departamental de Caldas; Acreditación de Calidad y Desarrollo por Resolución N° 449 del 5 de marzo de 2003, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

CERTIFICA

Que, **LILIAM ADRIANA SALAZAR** LILIAM ADRIANA SALAZAR
Identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. 25.060.236 expedida en Riosucio Caldas, cursó y aprobó el grado **QUINTO EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA**, durante el año 1978 y cuya valoración de los logros en los diferentes procesos de desarrollo y en las **AREAS OBLIGATORIAS Y FUNDAMENTALES**, de acuerdo con la Ley 115 de 1994 y su DECRETO 1860 de 1994 son las siguientes:

GRADO QUINTO DE EDUCACIÓN BASICA PRIMARIA DEL AÑO 1978.

ASIGNATURA	CALIFICACIÓN	
Español y Literatura	3.5	tres cinco
Matemáticas	3.5	tres cinco
Ciencias Naturales y Educación Ambiental	4.0	cuatro cero
Ciencias Sociales	3.5	tres cinco
Educación Física, Recreación y Deportes	4.5	cuatro cinco
Educación Artística	4.0	cuatro cero
Educación Religiosa	4.0	cuatro cero

Para constancia se firma en Riosucio, Caldas a los treinta (30) días del mes de septiembre del año dos mil cuatro (2004).

Cruz Edilia Correa Ramírez
Rectora Encargada

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora LILIAM ADRIANA SALAZAR , identificada con Cédula Ciudadanía 25.060.236, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	LILIAM ADRIANA SALAZAR		
Número de identificación:	25060236	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CRA 11G 40 26	Municipio residencia:	Cali
Teléfono actual de residencia:	3049469	Depto. Residencia:	VALLE DEL CAUCA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
805017017	Cosmo Aseos S.A.	16/07/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 12 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

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	25060236
NOMBRES	LILIAM ADRIANA
APELLIDOS	SALAZAR
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	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/08/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/13/2018 08:28:17	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

medimás EPS

3015043559

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ 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: SALAZAR	Segundo apellido: —	Primer nombre: LILIAN	Segundo nombre: ADRIANA
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 23060236	9. Sexo: Femenino X Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 08 02 1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLPATRIA		781242

18. Residencia				
Dirección: KR 116 Nº 140-26	Teléfono fijo: 3049469	Teléfono celular	Correo electrónico	
Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento	

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 de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					

complementarios

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

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

medimás EPS
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CUNDINAMARCA
17 DIC 2018
ALEXANDRA BARRERA BAS
CC 52 200 [illegible]

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		
B		
B		
B		

EMPLEADOR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
GRUPO G Y E	NIT	860322931	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 74 B SUR Nº 20B 94	7433060		BOGOTA	CUNDI

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 12 12 2018

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Lilian Salazar	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

V.01.03.2

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con C.C No. 25.060.236, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Comfandi
Tu mano amiga

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

INTERLOCUTOR COMERCIAL (BP):

I. TIPO DE NOVEDAD

☒ INSCRIPCION DE TRABAJADOR | ☐ ADICION DE PERSONA(S) A CARGO | ☐ REINGRESO DE TRABAJADOR | ☐ SOCIO NO APORTANTE

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL: EASYCLEAN SAS | TIPO DOCUMENTO: ☒ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NUMERO DOCUMENTO: 8605229312 | NOMBRE SUCURSAL: | TELEFONO FIJO: 7432066

DIRECCION CORRESPONDENCIA: Diagonal 74BS #20B-74 | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | CIUDAD: Bogota

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Liliam | SEGUNDO NOMBRE: Adriana | PRIMER APELLIDO: Soluzar | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE | NUMERO DOCUMENTO: 25060236 | FECHA DE NACIMIENTO: 08/02/1969 | SEXO: ☒ F ☐ M

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

DIRECCION RESIDENCIA: Carrera 116 #40-26 | BARRIO: Los Almendros | CIUDAD: Cali | DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

SECTOR: ☐ RURAL ☒ URBANO | TELEFONO MOVIL: 3135975264 | TELEFONO FIJO: 3049146F | EMAIL PERSONAL:

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

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

TOTAL SALARIO: $ 781.242 | 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 DOMESTICOS

PERTENECE AL SECTOR AGROPECUARIO: ☐ SI ☒ 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 ECONOMICAMENTE 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(A)	PADRASTRO	HIJASTRO	HERMANO(A)	CONYUGE	NIVEL EDUCATIVO: PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA	TECNICO	PROFESIONAL	POSTGRADO

VIII. DECLARACION JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependen(n) económicamente de mí, y donde mis(s) padre(madre)(s),. relacionada(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n) ningún salario, renta o pensión alguna, ni están afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar". Artículos 27,28,29,30,31 y 33 de la Ley 21/82"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".

Liliam Soluzar
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

easyclean NIT: 860.522.931-2
FIRMA Y SELLO DE Recursos Humanos
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: 21/12/21 HORA:
RECIBI:
FECHA DE GRABACION

NO IMPRIMA SIN AUTORIZACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOFAMILIAS), le genera bienestar y cuida a los trabajadores de menos y hoy a toda la empresa y a sus familias

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

COD. 7500369
visit Any SuperSubsidio

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

Ciudad y fecha: Cali 12-12-2018	**Contrato/Sede:** Escuela Militar (EMVF)
Nombre: Liliam Adriana Salazar	**Cargo:** Aux. Servicios Generales

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. 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. 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
   d. 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
   d. Todas las anteriores

5. Qué beneficios adquiere a partir del primer día de trabajo:
   a. Vacaciones
   b. Prima
   c. Cesantías
   d. 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.
   e. 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 Misión 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 Liliam Adriana Salazar Firma: [signature]

Ciudad y fecha Cali Valle 12 - 12 - 2018

GYE

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	25060236	EXPEDIDA EN	Riosucio Caldas
NACIONALIDAD	Colombiana	PAIS	Colombia
NOMBRES	LiLiAM Adriana	APELLIDOS	Salazar
FECHA DE NACIMIENTO	Febrero 8/67	EDAD	51. Años
MUNICIPIO NACIMIENTO	Riosucio	DEPARTAMENTO	Caldas
DIRECCION RESIDENCIA	Carrera 11g # 40-26	CIUDAD	Cali Valle
BARRIO	Las Americas	TEL FIJO.	3049469
CELULAR	3135975764	CORREO ELECTRONICO	Adri.SA67@hotmail.com
VIVE EN CASA	PROPIA ALQUILADA X	ESTADO CIVIL	Casada
Nº HIJOS 1	SEXO F	PERSONAS A CARGO	PESO EN KILOS / ESTATURA Mts
LIMITACION FISICA DEL TRABAJADOR	SI NO X	CUAL ?	
PROFESION U OFICIO	Aux. Servicios Generales	AÑOS EXPERIENCIA	Cuatro Años
FONDO PENSION	Colfondos	E.P.S	Medimas

ESTUDIOS

TIPO	DURACION	FECHA DE FINALIZACION	GRADUADO SI O NO	INSTITUCION
PRIMARIA	5 Años	1.9.79		Maria Auxiliadora
BACHILLERATO	6. Años	2004	Graduado	Inst. Bno Ejidenos
TECNICO				
TECNOLOGO				
PROFESIONAL				
ESPECIALIZACION				

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Gina Pada Ramos	TELEFONO	3126834759
NOMBRE	Dubernery Garcia	TELEFONO	3202658179

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	Martin Emilio Machado	CEDULA	16756644			
EXPEDIDAD EN	Cali Valle	BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO X	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	Agosto 8/68	RESIDE CON USTED	Si			
HIJO (A)	Katherine Machado Salazar	CEDULA	1107078793			
EXPEDIDAD EN	Cali Valle	BENEFICIARIO SUBSIDIO	SI	NO X	EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	Sep. 17/93	RESIDE CON USTED	Si			
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 Liliam Adriana Salazar 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

GYE

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: Liliam Adriana Salazar

CEDULA: 25060236

FIRMA: Liliam Adriana Salazar

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 Idrian Adriano Salazar **con cedula No.:** 25060236 **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 / 12 / 2018 Ciudad Cali Valle

Señores
EASYCLEAN GYE S.A.S

Yo Lilian Adriana Salazar Con cédula de ciudadanía Nº 25660236
De: Riosucio Caldas 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: Lilian Adriana Salazar
Firma:
Cédula: 25660236 De: Riosucio Caldas

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

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		Bachiller
	¿ Donde realizo los estudios?			Inst. Bno. Cartagena
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?		X	
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?			casado y una hija
	Si, esta casado ¿su conyugue trabaja?	X		
SEGURIDAD	¿Ha estado en grupos subersivos al margen de la ley?		X	
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?		X	
	¿Tiene o ha tenido parientes en la carcel?		X	
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?	X		
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?		X	
	¿Esta embarazada?		X	

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

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

Fecha: 12 - 12 - 2018 Hora: _____

Nombre del Aspirante: Jirian Adriana Salazar

Cargo al que aspira: Aux. S. Generales

Aspiración salarial: Basico

Disponibilidad de tiempo Total

Nombre del entrevistador: _____

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

AXA COLPATRIA
reinventando / las 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
LILIAM ADRIANA SALAZAR	C.C.	25.060.236	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 05:38:05 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	LILIAM ADRIANA SALAZAR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25060236
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, LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 25060236, 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.

EL EMPLEADOR
NIT.

LILIAM ADRIANA SALAZAR.
C.C. 25060236

Recib. datos

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con CC 25060236 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 456116805 desde el 09 de enero de 2018, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

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:

LILIAM SALAZAR identificado con Cédula de Ciudadanía 25060236 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 17 de Diciembre de 2018 .

Cordialmente,

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

VIGILADO SuperSubsidio

EASYCLEAN G&E S.A.S.

Ingreso/Pago

Liquidación Definitiva

16443

easyclean
un aliado imprescindible

Nomina	800.141.621-0 AVIACION CALI	Liquidación: 22145	LUGAR Y FECHA: CALI 03/08/2019
Trabajador	LILIAM ADRIANA SALAZAR	C.C./NIT 25060236	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 1.023.924,00

MOTIVO RETIRO: TERMINACION DE CONTRATO BASICO: 828.116,00 Base Prima 1.014.547,00

Salario BASICO + PROMEDIO Base Vacaciones 864.638,00

Banco: BANCO DE BOGOTA Cuenta 456116805 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.	278.606,00			
9	213	CESANTIAS	605.822,00			
10	213	INTERESES DE CESANTIAS	43.013,00			
13	33	PRIMA LEGAL	93.000,00			
TOTAL PAGOS			1.143.794,00	TOTAL DESCUENTOS		8.834,00

NETO A PAGAR 1.134.960,00

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 CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA .

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

Ac 10

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1883

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

DICIEMBRE 2019

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: Salazar	Nombre(s) del aspirante: Liliam Adriana
Lugar y fecha de nacimiento: Riosucio caldas Febrero 8/67	
Dirección domicilio / Barrio: Carrera 11ª #40-26 las Americas	Ciudad: Cali Valle
Teléfono: 3049469	No. Celular: 3135975764
Correo electrónico: Adri.sa67@hotmail.com	Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Aux. Servicios Generales	(*) Estado civil: Casada
	Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 25060236	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: Riosucio caldas	Distrito No.	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 [ ] 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? Cali Valle	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Cali Valle	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Rita Ines Portocarrero	Teléfono: 3206670652	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 25 meses
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 900.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo. Alimentación otros.		¿Cuanto es su aspiracion salarial? $ el asignado	
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?			
¿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 cómo planea hacerlas realidad.

Cumplir Satisfactoriamente mis labores asignadas para alcanzar estabilidad laboral

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

REV. 04-2016

9735 3296

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 25 de noviembre de 2019, a las 11:45:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	25060236
Código de Verificación	25060236191125114524

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

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 137261165

WEB
08:07:45

Bogotá DC, 25 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) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25060236:

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 12:51:10 horas del 26/11/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **25060236**
Apellidos y Nombres: **SALAZAR LILIAM ADRIANA**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.060.236

SALAZAR
APELLIDOS

LILIAM ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1967

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-MAR-1985 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-65117811-F-0025060236-20040302 00503 04062H 01 144224555

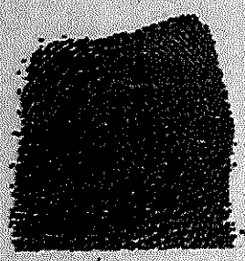
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 25.060.236

SALAZAR
APELLIDOS

LILIAM ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1967
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

15-MAR-1985 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIFO LOPEZ

A-3100100-85117811-F-0025060236-20040302 00503 04062H 01 144224555

Scanned by CamScanner

easy
un aliado impecable

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE EASYCLEAN GYE S.A.S
NIT 860.522.931-2

CERTIFICA

Que el señor(a) **LILIAM ADRIANA SALAZAR** identificado con cédula de ciudadanía **No. 25.060.236** laboro en nuestra empresa con contrato a término **OBRA O LABOR DETERMINADA** desde el **16 DE DICIEMBRE 2017 HASTA 15 DE JULIO DE 2018** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES.**

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los veintisiete (27) días del mes de Julio de 2018.

Cordialmente,

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Director Recursos Humanos

RAFAEL EDUARDO SARMIENTO ACEVEDO
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
EASYCLEAN GYE S.A.S

Scanned by CamScanner

Cleaner
Nit. 800.041.433-3

Cali: Av. 7 No. 23N 37 PBX (2) 611 0891
Bogotá: Cra. 71B 52-91 - Pbx: (1) 703 24 71
Popayán: Cra 4 No. 0 - 93 - Cel. 313 756 2345

Santiago de Cali, noviembre 13 de 2018
CLEANER S.A. 1165-018

HACE CONSTAR

Que el (la) señor (a) LILIAM ADRIANA SALAZAR, titular de la cedula de ciudadanía No. 25060236 estuvo vinculado (a) a la sociedad CLEANER S.A. con un contrato obra labor, desde el día un (01) de octubre del 2016 hasta el quince (15) de junio del 2017, desempeñando el cargo de OPERARIA DE ASEO GENERAL percibiendo por su servicio un salario mensual correspondiente a la suma de SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DIECISIETE PESOS ($737.717,00) MCTE.

Este certificado se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Santiago de Cali, a los trece (13) dias del mes de noviembre del 2018.

Atentamente,

KAREN LIZETH GARCÍA PRECIADO
Coordinadora De Gestión Humana.

Scanned by CamScanner

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Me permito certificar que conozco hace aproximadamente 6 años a la señora **LILIAM ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania **No 25.060.236** de Riosucio Caldas, y puedo dar fe que es una persona honesta, responsable y comprometida con sus objetivos.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Santiago de Cali, 18 dias del mes de Noviembre de 2019.

Atentamente,

Luz Marina Machado

LUZ MARINA MACHADO
C.C 31.931.960
Cel: 3158343527

Scanned by CamScanner

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Yo **Gina Paola Ramos Valencia** identificado con cedula de ciudadania No **1.144.040.045** de Cali, certifico que conozco de vista y trato a la señora **LILIAN ADRIANA SALAZAR** identificada con cedula de cuidadania No **25.060.236** de Cali-Valle, hace aproximadamente 12 años y durante este tiempo ha demostrado ser una persona responsable, honesta y cumplidora de todas sus obligaciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Santiago de Cali, a los 18 dias del mes de Noviembre de 2019.

Atentamente,

Gina Paola Ramos V.

Gina P. Ramos Valecia
C.C 1.144.040.045
Cel: 3126834759

Nota: Puedo Ratificar personalmente esta Certificación.

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

Instituto Bolivariano Esdiseños

Resolución Oficial No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002 otorgado por la Secretaría de Educación del Valle del Cauca

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Santiago de Cali, a los (18) dias del mes de diciembre del año 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretrario (a) en la rectoría del Instituto Bolivariano Esdiseños, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la SECRETARIA DE EDUCACIÓN del Valle del Cauca, para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad de BACHILLER ACADÉMICO según resolución No. 2342 del 21 de Noviembre de 2002. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

LILIAM ADRIANA SALAZAR
C.C. No. 25.060.236 DE RIO SUCIO-CALDA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 002 de fecha 18 de Diciembre de 2004 que consta de 200 alumnos y que comienza con el nombre de ALBORNUZ JOSÉ WILBER y se cierra con el nombre de ZULUAGA GALLEGO JUAN CAMILO, firmada por **Lic. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT** (Rector) y **ESMERALDA MARENCO GRANADOS** (Secretaria).

Dada en Santiago de Cali a los dieciocho (18) dias del mes de Diciembre de 2004.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la Republica de Colombia.

LIC. HÉCTOR JR. JURADO BETANCOURT
Rector
C.C. 16.597.819 de Cali

ESMERALDA MARENCO GRANADOS
Secretaria
C.C 22.431.091 de B/quilla

Scanned by CamScanner

ESCUELA NORMAL SUPERIOR SAGRADO CORAZÓN

Aprobada por Resolución N° 03889 del 13 de Octubre de 1999
Acreditación de Calidad y Desarrollo Resolución N° 449 del 5 de Marzo de 2003

Nit. 800.146.455-7

REGISTRO ANTE SEC. DE EDUC. 161403-0004
REGISTRO ANTE EL DANE. 117614000753

CERTIFICADO Nro. 087/2004

La Rectora Encargada de la **ESCUELA NORMAL SUPERIOR "SAGRADO CORAZÓN"** de Riosucio, Caldas, aprobada en los Niveles de Educación Preescolar, Básica en sus ciclos de Primaria y Secundaria y Media, y el Ciclo Complementario de formación Docente con una duración de cuatro (4) semestres académicos, calendario A, jornada única, por Resolución N° 03889 del 13 de Octubre de 1999, emanada de la Secretaria de Educación Departamental de Caldas; Acreditación de Calidad y Desarrollo por Resolución N° 449 del 5 de marzo de 2003, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

CERTIFICA

Que, **LILIAM ADRIANA SALAZAR** LILIAM ADRIANA SALAZAR
Identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. 25.060.236 expedida en Riosucio Caldas, cursó y aprobó el grado **QUINTO EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA**, durante el año 1978 y cuya valoración de los logros en los diferentes procesos de desarrollo y en las **AREAS OBLIGATORIAS Y FUNDAMENTALES**, de acuerdo con la Ley 115 de 1994 y su DECRETO 1860 de 1994 son las siguientes:

GRADO QUINTO DE EDUCACIÓN BASICA PRIMARIA DEL AÑO 1978.

ASIGNATURA	CALIFICACIÓN	
Español y Literatura	3.5	tres cinco
Matemáticas	3.5	tres cinco
Ciencias Naturales y Educación Ambiental	4.0	cuatro cero
Ciencias Sociales	3.5	tres cinco
Educación Física, Recreación y Deportes	4.5	cuatro cinco
Educación Artística	4.0	cuatro cero
Educación Religiosa	4.0	cuatro cero

Para constancia se firma en Riosucio, Caldas a los treinta (30) días del mes de septiembre del año dos mil cuatro (2004).

Cruz Edilia Correa Ramírez
Rectora Encargada

Calle 11 N° 7 - 03 • Teléfono: 859 21 26 • E-mail: esnosacor@hotmail.com
RIOSUCIO - CALDAS

Scanned by CamScanner

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS B	1a	05/02/16	36097	
	2a			
	3a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
TETANO	1a	04/02/16	0241090	
	2a			
	3a			
	4a			
	5a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
ANTIINFLUENZA	1a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS A	1a			
	2a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
VARICELA	1a			
	2a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
MENINGOCOCO	1a			
	2a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
NEUMOCOCO	1a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
	1a			
	2a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
M.M.R	1a			

	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
F. AMARILLA	1a			

Certificado de Vacunación

Institución: Contenido valle

Nombre: Liliam Admna Sala 201

Identificación: _____ Tel: _____

	Vacuna	Dosis	Fecha Aplicacion	Lote No.	Firma Vacunador
1	Hepatitis B		Nov 25/08		Diana
2			15 Ene 2009		Dolly

cortesía sanofi pasteur

Certificado de Vacunación

Liliam A Sala 201

25060236 4414420

FD. 31a 15 Dic 09.

	Vacuna	Dosis	Fecha Aplicacion	Lote No.	Firma Vacunador
1	Hepatis A		Nov 25/08		Diana
	15 Dic 2009				
1	Tetano		Nov 25/08		Diana
2			15 Ene 2009		
3	15 Dic 09				
4	Enero 15/11		0241900 20		Nilcia
	15 ENE 2012		0241900 20		Diana

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	0 -			
Virus de Papiloma Humano				

VACUNACIÓN
25 ENE 2018
ESTANDARIZADA
CLAP/SMR
No. 400-715

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	14/07/18	N3P05	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras	Neumococo (2)	14/07/18	NO24790	

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Hace Constar que: LILIAM ADRIANA SALAZAR

Doc. Identidad: 25.060.236

Asistió a la Capacitacion de: Manipulacion de alimentos con una intensidad de 4 Horas Cumpliendo con el articulo 14 Decreto 3075 de 4 1.997

Fecha de Expedición: 21 JUN-19 A 21 JUN-20

E.A.T FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS

NIT. 815.003.276-6

Secretaría Dptal. de Salud Departamento del Valle del Cauca Resolución 0205/2001 Nº 1337

Capacitador

Cra. 71 No 76-58 Tel: 370 5216 Cels: 314 693 2500 / 317 220 8456
Email: fumiexterminadoryalgomas@hotmail.com

- Este carnet no es valido sin firma y sello de la empresa.
- 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.

FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MÁS

E.A.T. FUMIEXTERMINADOR Y ALGO MAS
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
RES. M.A. 0205/2001 NIT. 815.003276-6
CEL.:314 693 2500 - 317 220 8456
TEL.: 3705216 CALI

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	25060236
NOMBRES	LILIAM ADRIANA
APELLIDOS	SALAZAR
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	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/08/2006	31/12/2019	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/10/2019 08:49:12	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

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	27/12/2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual. - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Salazar		Lilian	Adriana

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	25060236	Femenino ☒ Masculino ☐	01/01/1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
G	Tipo ☐ Condición ☐		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		828.116

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cr 116 N. 40-2.		3155975764	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Cali	Urbana ☒ Rural ☐		Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificacion del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Numero del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos basicos de identificacion 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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo			Condición	
			F	N	U		S
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 (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		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Fair Cleau SAS	NIT	860522931	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Dg 74bis # 20B 74	7432060		Bogotá	Bogotá DC

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1 Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3 Actualización del documento de identidad
- [ ] 4 Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5 Terminación de la inscripción en la EPS Código
- [x] 6 Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7 Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8 Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13 Movilidad [ ] A Regimen Contributivo [ ] B Regimen Subsidiado
- [ ] 14 Traslado [ ] A Mismo Regimen [ ] B Diferente Régimen
- [ ] 15 Reporte de fallecimiento
- [ ] 16 Reporte del tramite de proteccion al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18 Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		01 12 2019

43. EPS anterior	44 Motivo de traslado - Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47 Declaracion de la no obligacion de Afiliarse al Regimen Contributivo Especial o de Excepción
- [ ] 48 Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49 Declaración de no inscripcion del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institucion Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50 Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales .
- [ ] 51 Autorizacion para que la EPS reporte la informacion que se genere de la afiliacion o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52 Autorizacion para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53 Autorizacion para que la EPS envie informacion al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, Institucional o de Oficio
Lilian Salazar	

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad									

- [ ] 57 Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58 Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura publica acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59 Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que decrete la separacion de cuerpos y escritura publica, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60 Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61 Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62 Documento en que conste la perdida de la patria potestad o el certificado de defuncion de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63 Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64 Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

medimás
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CUNDINAMARCA
27 DIC 2019
LIDA PATRICIA ESPITIA GARCIA
AGENTE COMERCIAL
SOLO PARA EFECTOS DE VALIDACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial	67 Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación
Codigo de Municipio: Codigo de departamento:	Numero de ficha: Puntaje: Nivel:	

70 Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

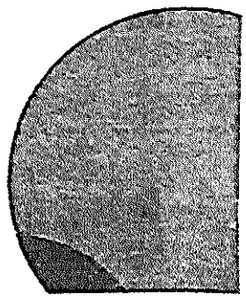
Tipo documento de identidad	Numero del documento de identidad	71. Firma del funcionario
CC	51910385	

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligencialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas unicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los codigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2019-11-15

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 25060236	LILIAM	ADRIANA	SALAZAR		F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2019-11-16

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	Contributivo	01/08/2017	Activo	COTIZANTE	SANTIAGO DE CALI

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2019-11-15

Regimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS	2008-07-22	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2019-11-15

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2019-08-16	Activa	OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO. REPRODUCCION DE MATERIALES GRABADOS POR CONTRATAINCLUYE SOLAMENTE LAS EMPRESAS DEDICADAS A LOS SERVICIOS DE ORGANIZACIÓN DE EVENTOS CULTURALES Y/O RECREATIVOS MASIVOS	Cesar- VALLEDUPAR
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2017-12-16	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LIMPIEZA DE EDIFICIOS INCLUYE LAS EMPRESAS DE LIMPIEZA CON EXCEPCIÓN DE LIMPIEZA EXTERIOR DE FACHADA DE EDIFICIOS.	Valle del Cauca- CALI
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO LA EQUIDAD VIDA	2006-09-04	Activa	EMPRESAS DEDICADAS AL COMERCIO AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, MEDICINALES, Y ODONTOLÓGICOS; ARTÍCULOS DE PERFUMERÍA, COSMÉTICOS Y DE TOCADOR EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS HACE REFERENCIA A EMPRESAS DEDICADAS A LA VENTA EN FARMACIAS, DROGUERÍAS Y BOTICAS, VENTA DE JABÓN Y DETERGENTES	Valle del Cauca- CALI

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2019-11-15

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	2012-01-25	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente	

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2019-10-31

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2017-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: ESPECIAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2018-02-14	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2019-11-15

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2019-10-31

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

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

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LILIAM ADRIANA SALAZAR identificado(a) con C.C No. 25.060.236, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de noviembre del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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 SAS | TIPO DOCUMENTO: ☑ NIT ☐ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE

NÚMERO DOCUMENTO: 860522931 | NOMBRE SUCURSAL: | TELÉFONO FIJO: 7423060

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: CRA 74 BIS #70 a 29 | DEPARTAMENTO: Bogotá | CIUDAD: Bogotá

III. DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER NOMBRE: Liliam | SEGUNDO NOMBRE: Adriana | PRIMER APELLIDO: Velasquez | SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ RC | NÚMERO DOCUMENTO: 25060236 | FECHA DE NACIMIENTO: 28 02 69 | SEXO: ☒ F ☐ M

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

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cll 104 #40-26 | BARRIO: Las Americas | CIUDAD: Cali | DEPARTAMENTO: Valle del Cauca

SECTOR: ☐ RURAL ☒ URBANO | TELÉFONO MÓVIL: 3135975769 | TELÉFONO FIJO: 3069469 | EMAIL PERSONAL:

IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: 01 02 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: Logistica Asistencial/ Cocina

V. DATOS DE OTROS EMPLEADORES DEL TRABAJADOR

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

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

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

VI. DATOS 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 HIJASTRO PADRE MADRE HERMANO)	CUSTODIA LEGAL	NIVEL EDUCATIVO (PREESCOLAR PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO UNIVERSITARIO ESPECIALIZACIÓN)

VIII. DECLARACIÓN JURAMENTADA

"Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) como núcleo familiar dependen(n) económicamente de mí, y donde: mi(s) padre/madre(s), relacionada(s), también como parte del núcleo familiar, no recibe(n), salario, renta o pensión alguna, ni están afiliada(s) a otra Caja de Compensación Familiar". Artículos 27,28,29,30,31 y 33 de la Ley 21/82"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".

Liliam Velasquez
FIRMA ORIGINAL DEL TRABAJADOR

easyclean NIT: 860.522.931-2
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 DEFUNCIÓN
- ☐ CERTIFICADO ESCOLAR
- ☐ CARTA LABORAL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)
- ☐ CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
- ☐ CERTIFICADO EPS
- ☐ FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO
- ☐ FOTOCOPIA CUSTODIA LEGAL

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

OBSERVACIONES:

easyclean
NIT: 860.522.931-2
No.
FECHA: 10/12/19 HORA:
RECIBI: DADSU
NO IMPLICA ACEPTACIÓN

FECHA DE GRABACIÓN

Original - Comfandi
Copia - Empresa Afiliada

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS), le garantiza reserva sobre la información suministrada por los trabajadores de medios y hábitos inapropiados y de sus familias.

Vigilado Supersubsidio

CÓD. 7200069

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:

LILIAM SALAZAR identificado con Cédula de Ciudadanía 25060236 se encuentra afiliado (a) en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi - Comfandi, por la empresa EASYCLEAN G&E S.A.S con Nit 8605229312 , desde el 12 de Diciembre de 2019 .

Cordialmente,

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

VIGILADO SuperSubsidio

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

Ciudad y fecha:	**Cargo:**
Nombres: Liliam Salazar	**Cedula:**

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

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

4. Es obligación suya:
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de Salud Ocupacional de la empresa.
   c. Usar de forma correcta los elementos de protección personal que le sean suministrados.
   d. Evitar realizar actos inseguros.
   X e. 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 Vision es ofrecer soluciones integrales de alta calidad en Servicios generales y logística a través del compromiso y el fomento de la _____, para la satisfacción del cliente.

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

Eficiente	Satisfacción	Medio ambiente	Cumplimiento

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

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

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			
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			

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			
Certifico que conozco las funciones de mi cargo a desempeñar	X		
Aspectos disciplinarios			
Certifico que recibo Carnet de Empresa y ARL	X		

Nombre del Empleado liliam diana Salazar Firma: liliam diana Salazar.

Ciudad y fecha cali 25-11-2019

Gestores & tecnólogos en servicios

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS : Hiram Adams Salazar

CARGO Aux Cocina

C.C. No. : 75060236 DE Riosucio caldas

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

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO : Riosucio caldas

EDAD : 52 ESTATURA : 1.54

PESO : 75 k.

CORREO ELECTRONICO: Adm5967@hotmail.com CELULAR: 3135975764

DIRECCION : Carrera 11g # 40-26

BARRIO : las Americas TELEFONO : 3049469

R.H. : O+ positivo ESTADO CIVIL : casada

NIVEL DE ESTUDIOS: Bachiller

EPS: medimas FONDO DE PENSIÓN: cd fondos

DATOS FAMILIARES

NOMBRE	TELÉFONO	VIVE CON EL? SI	VIVE CON EL? NO	PARENTESCO
Katherine Machado	3113047547			hija

FIRMA : [signature] FECHA: 25-11-19

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: 25 / 11 / 19

NOMBRE: Liliana Adriana Salazar **CEDULA:** 25060236

FIRMA:

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

Yo Lidam Adriana Salazar 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

GYE

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

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Aspirante: Liam Adriana Salazar

Cargo al que aspira: Logistico Asistencial Caina

Aspiración salarial: minimo

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:	
PUESTO SOLICITADO:	
FECHA	

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?			Bachiller 11°
	¿ Donde realizo los estudios?			inst. Salvadino Cisneros
PASADO PROFESIONAL	Hableme de sus experiencias profesionales. ¿ Que cargo es el ultimo que a desempeñado?			Operario Aseo
	¿Por qué dejo el ultimo empleo?			Terminacion contratos.
	¿ De todo lo que a hecho hasta ahora, que es lo que , mas le gusta y porque?			dejar todo impecable.
MOTIVO DE SOLICITUD	¿ porque le gustaria trabajar en este establecimiento y no en otro?			por la oportunidad
	¿ Que le llamo la atencion de la empresa?			Su oferta.
	¿Cuál cree que puede ser su aporte?			mi Dision por la cocina
COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO	¿Qué experiencias tiene en el trabjo?			
	¿ Que opina de sus directores anteriores? ¿Qué aspectos positivos tenian? ¿Qué aspectos negativos?			los respeto no tengo ninguna opinion.
	¿Tuvo problemas con alguien? Si el evaluado responde si, preguntar ¿como lo soluciono? Si el evaluado responde no, preguntar ¿Qué hacia para tener buenas relaciones interpersonales?		X	
POTENCIAL DE DESARROLLO	¿Cree usted que es la persona idonea para el cargo? ¿Por qué?	X		
	¿Cómo persona admitida al cargo que nos puede aportar a la empresa?			una buena atencion y labor dedicada
	Si usted fuera seleccionado, ¿ como se proyecta de aquí a un año?			con mi hogar.
CONDICIONES PERSONALES	¿Tiene usted alguna actividad extemporanea? ¿Es formal? ¿Hace cuanto tiempo?		X	
	¿Puede incorporarse inmediatamente a este puesto?	X		
	¿A que se dedica en su tiempo libre?			mi hogar
	¿Tiene otras aficiones que no a podido desarrolar y aspira hacerlo en el futuro?		X	
	Digame 2 fortalezas y 2 Debilidades			dedicada perfeccionista cumplida.
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?		X	
	¿Ha estado en la carcel o retenido? ¿Por qué motivo?		X	
	¿Tiene o ha tenido parientes en la carcel?		X	
ESTADO DE SALUD	¿Considera que su estado de salud es bueno?	X		
	¿Tiene algun tratamiento medico actual?		X	
	¿Esta embarazada?		X	

FIRMA DEL ENTREVISTADOR

CIRCULAR INFORMATIVA

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

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

Atentamente,



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

Recibí y entendí satisfactoriamente:

Nombres y Apellidos: 2J060236

Fecha: 25/11/19

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 Juliam Adriana Salazar Con cédula de ciudadanía N° 25.660.236
De: Rosario 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: Juliam Adriana Salazar
Firma: _____
Cédula: 25.660.236 **De:** Rosario

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

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

Autorizamos al Sr. (a): SALAZAR LILIAM ADRIANA

Cedula de Ciudadania No: 25060236

Contrato/Sede: **AVIACION CALI**

Fecha: 1/12/2019

Articulo	Color	Talla	Cantidad
Uniforme	**AZUL CLARO**	**18**	**2**
Overol Hombre Dos Piezas			
Delantal Nuevo			
Bota Caucho Caña Baja			
Zapato Evacol	**BLANCO**	**38**	**1**
Bota Caucho Caña Alta			
Camisa Polo Manga Larga			
Bota Cuero Hombre			
Gorra		**UNICA**	**1**
Cofia		**UNICA**	**1**
Firma Jefe de Compras	Firma de quien Autoriza		

easyclean
NIT: 860.522.931-2
Recursos Humanos

2 UNIFORME 1 ZAPATO EVACOL

Cantidad de dotación autorizada en letras y numero

Firma y Cedula Empleado

25060236

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, SALAZAR LILIAM ADRIANA identificad@ con cédula de ciudadanía **No, 25060236** desempeñándome en el cargo de **LOGISTICO ASISTENCIAL COCINA,** 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 realizado y el cual 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 IPS para seguir con el tratamiento indicado de su molestia o patología según corresponda.

Atentamente,

Firma
C.C: 25060236
Fecha: 26/11/2019

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.345

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

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

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

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

SALAZAR LILIAM ADRIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	52 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC	25060236
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
LOGISTICO ASISTECIAL COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *PATOLOGIA OCULAR*

APTO	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	OTROS : CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS Y NORMAS DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. HIGIENE POSTURAL, HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	DIETA BALANCEADA

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 mi 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 ridad 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 , 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.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: VIVEROS OBANDO ANGELA ARCENE	Nombre: SALAZAR LILIAM ADRIANA
R. M.: 520610 L.S.O.: 0946/20MAYO2019	CC: 25060236

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
LILIAM ADRIANA SALAZAR	C.C.	25.060.236	01/12/2019	RIESGO III	2.436	SUCURSAL 2.436

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	SALAZAR LILIAM ADRIANA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25060236
CARGO	LOGISTICO ASISTENCIAL COCINA
LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO	RANCA
FECHA DE INICIO	1 DE DICIEMBRE DEL 2019
OBRA O LABOR	ENTRE EASYCLEAN GYE SAS Y MINISTERIO DE DEFENSA- FUERZA AÉREA COLOMBIANA ESCUELA MILITAR DE AVIACIÓN CTO 180-00-J-EMAVI-GRUAL-2019 con la NACIÓN
PERIODO DE PRUEBA	Una quinta parte del contrato inicial

Entre los suscritos, **EASYCLEAN GYE S.A.S**, representada por **SUSANA VERONICA CASTRILLO SAYAS** , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.096.201.677** quien, , para los efectos del presente documento se denominará el EMPLEADOR o LA COMPAÑÍA y, SALAZAR LILIAM ADRIANA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 25060236 de las condiciones arriba anotadas, quien para los efectos del presente documento se denominará el TRABAJADOR, han celebrado el presente contrato de trabajo por obra o labro el cual se regirá por las siguientes cláusulas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL EMPLEADOR
NIT.

SALAZAR LILIAM ADRIANA
C.C. 25060236
25060236