HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Cruz Ospina	Nombre(s) del aspirante: Jorge
Fecha de nacimiento: D 20 M 06 A 1976	Lugar de nacimiento: Tumaco Nariño
Dirección domicilio / Barrio: Carrera 6 # 6-57	Ciudad: Americal
Teléfono:	N°. Celular: 3138566269
Correo electrónico: Jorgecruzospina@gmail.com	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Guarda de seguridad	(*) Estado civil: Soltero
	Años de experiencia laboral: 16 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 83.232.131	(**) Libreta militar No. 83.232.131	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Tumaco Nariño	Distrito No. 56	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller Agropecuario,
Experiencia en Vigilancia y seguridad Privada

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Punto Ltda.	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato: Termino Fijo
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha: D 21 M 11 A 2022	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición? Ciclismo	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Ciclismo	

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

045910 53

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): N/A	Profesión, ocupación u oficio: N/A	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual: N/A	Dirección: N/A	Teléfono:	Ciudad:
No. de personas que dependen económicamente de usted: 1	Parentesco: hija	Edades: 12 años	
Nombre(s) padre(s): Hernando Cruz A.	Profesión, ocupación u oficio: Empleado	Teléfono(s): 320 878.9736	
Nelly Ospina Reyes	Fallecida	N/A	
Nombre(s) hermano(s): Angela Patricia Cruz F.	Profesión, ocupación u oficio: Area de caso	Teléfono(s): 3	
Moira Cruz Figueroa	Area de caso		

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ]	11		Acevedo y Gomez	Inst. Acevedo y Gomez	Puerto Rico
Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

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

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

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

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

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

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Puma Mad	Seguridad	Cra 9B #5B-19	3158291276

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda Seguridad	Despachos J.	D 21 M 11 A 22	D 05 M 12 A 22	$	$

Funciones realizadas: Seguriolad Despachos Judiciales Puerto Rico

Nombre de su jefe inmediato: Kelly Patricia Torres | Cargo: Coordinadora

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato con la rama judicial

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Lao's seguridad ltda	seguridad	cra 93 # 68-19 3/ Apto 102	3158291276

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda seguridad	Despachos y			$	$

Funciones realizadas: Seguridad despachos judiciales puerto Rico

Nombre de su jefe inmediato: Kelly Patricia Torres — Cargo: Coordinadora

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato con la rama judicial

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Televigilancia ltda	seguridad	calle 14 # 4-60 12/ Piso	4252604

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de seguridad	Juzgados			$	$

Funciones realizadas: Seguridad despachos judiciales puerto Rico

Nombre de su jefe inmediato: Juan carlos Gonzalez Ruiz — Cargo: Gerente

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato con la rama judicial.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Arnulfo Silva. C.	Secretario	4.07 carrera.	3192423159
2.	Marta Edilmira Castro	Area Administrativa	Palacio de Justicia Florencia.	3102973894

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Isabel Ospina	Ama de casa	cra 6 # 6-51	3118391918
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 83.232131

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.232.131**

CRUZ OSPINA

APELLIDOS

JORGE

NOMBRES

Jorge Cruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1976**

EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-FEB-1995 TIMANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4400900-00163991-M-0083232131-20090723 0013805337A 2 26614069

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

832-2131

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA

04 31 - DIC 14 31 - DIC

APELLIDOS Y NOMBRES

CRUZ OSPINA

JORGE

ESP. MIL FUSILERO

AGRICULTOR



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte o ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

83232131

RAUL E. MENDOZA LOPEZ — 18 AGO 95

COTE. DIM No. 55 FECHA EXP



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CESPE. BATALLON PIJAOS DE LEYVA

Hace constar que el SOLDADO

CRUZ OSPINA JORGE

Con Tarjeta de Reservista No. 83232131

Observó [illegible] Conducta durante su Servicio

Militar Obligatorio prestado en esta Unidad, del 040395 al 270996

Pitalito, 27-AGO-96 — LUGAR Y FECHA

TC. GABRIEL SANCHEZ DIAZ — FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y consérvela en buen estado.
2. Cuando cambie de domicilio preséntese en la Alcaldía, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decrete la Movilización o llamamiento especial, preséntese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del Municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 210767680

WEB
15:07:00

Bogotá DC, 02 de diciembre del 2022

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) JORGE CRUZ OSPINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 83232131:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 02 de diciembre de 2022, a las 15:07:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	83232131
Código de Verificación	83232131221202150748

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:09:40 PM horas del 02/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **83232131**
Apellidos y Nombres: **CRUZ OSPINA JORGE**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

y en su nombre, la

Institución Educativa "Acevedo y Gómez"

Puerto Rico - Caquetá

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental del Caquetá
Según Resolución No. 000461 del 01 de Noviembre de 2007

Confiere a:

Jorge Cruz Ospina

Identificado con la C.C. No. 83.232.131 de Timana

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes del Proyecto Educativo Institucional

Acta de Graduación No. 021

Esp. Carlos Arturo Martínez Valencia
C.C. No. 7.540.331 de Armenia (Quindío)
Rector

Dora Deyla Monsalve Puerta
C.C. No. 30.518.957 de Puerto Rico(Caquetá)
Secretaria

Institución Educativa "Acevedo y Gómez"

Aprobado Resolución No. 000461 del 01 de Nov. de 2007

PUERTO RICO - CAQUETA

Inscripción S.E._____

Inscripción DANE_____

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de PUERTO RICO - CAQUETA a los 01 días del mes de DICIEMBRE del año 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último Grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA "ACEVEDO Y GOMEZ"

Institución aprobada hasta 2007 en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Caquetá para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

Según Resolución No. 000461 del 01 de NOVIEMBRE de 2007

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER** ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Jorge Cruz Ospina

C.C. No. 83.232.131 de Timana

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 021 de fecha 01-DICIEMBRE-2007

Que consta de 76 alumnos que comienzan con el nombre de ADELA CELIX RIVAS PALENCIA y se cierra con el nombre de YORMAN DAVIER PROAÑO GRANADOS

Firmado y sellado por Esp. CARLOS ARTURO MARTINEZ VALENCIA Rector y DORA DEYLA MONSALVE PUERTA Secretaria.

Dada en PUERTO RICO - CAQUETA a los 01 días del mes de DICIEMBRE de 2007

ESP. CARLOS ARTURO MARTÍNEZ VALENCIA
C.C. No. 7.540.331 de Armenia (Quindio)
Rector

DORA DEYLA MONSALVE PUERTA
C.C. No. 30.518.957 de Puerto Rico(Caquetá)
Secretaria

ACADEMIA DE VIGILANCIA

CRONOS SP LTDA

ACADEMIA DE CAPACITACIÓN EN VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA
RESOLUCIÓN NO. 20214440011417 DEL 01 DE MARZO DEL 2021
NIT 901.400.403-1

NRO ECSP3028-J42980

CERTIFICA QUE

N.C.I. 22980

Cruz Ospina Jorge

Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 83232131

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

Profundizacion Vigilancia Entidades Oficiales

CON UNA DURACIÓN DE 30 HORAS

EXPEDIDO EN *Bogotá* A LOS 22 DÍAS DEL MES DE *Julio* DE 2022

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR ACADÉMICO

Calle 49A Sur No. 38 -14 / Bogotá - Barrio Fátima
Tel: (031) 495 8421 / Cel: 322 933 3491 - cronosltda222@gmail.com

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800237731
Número Afiliación:	213190
Razón social:	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURID

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	83232131
Nombre:	JORGE CRUZ OSPINA
Fecha Ingreso:	07/12/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	6/12/2022 10:41:51 AM

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JORGE CRUZ OSPINA identificado(a) con C.C No. 83.232.131, 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 06 de diciembre del 2022.

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 C.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800 251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación

167054480

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Afiliado Cabeza de Familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cruz	Ospina.	Jorge.	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	83 232 131	Femenino Masculino X	2 0 0 6 1 9 7 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Colpatria	Colfondos	$ 1.000.000.

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Cra 6 N° 6-57	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
313 856.6269	jorgecruzospina@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Puerto Rico	Urbana X Rural		Caqueta.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS DEMÁS 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	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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	Unidad medica Santa Sofia ltda	
B		
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

OFIX

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Televigilancia ltda	NIT X TI CE CC PA CD	800 237 731	

39. Ubicación

Dirección	Teléfono Fijo
Cra 7 # 10-20	

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
	Florencia	Caqueta

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
- [X] 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 tramite 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino		07 12 2022

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	Código	

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 acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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, institución o de oficio
Jorge Cruz Ospina	Martha Ramos.

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 pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminacion 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 autorizacion 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.

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: Numero 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 de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

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

E.P.S. Sanitas

Recibido para verificación por la EPS

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker
Alejandro Sanchez Garcia 16.188.083.	07 DIC 2022 Recibido por:	CC-16188083 Sanchez Garcia Alejandro

COMFACA
Caja de Compensación Familiar del Caquetá
Sede Administrativa Carrera 11 Norte
Centro Múltiple de Servicios Troncal de Oriente
Línea Gratuita de Atención al Usuario
Teléfono 4366300
www.comfaca.com

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE: Marque con un X según el tipo de novedad	Inscripción del trabajador	
	Adición personas a cargo	

TIPO DE AFILIADO												
Dependiente		Servicio Doméstico		Madre Comunitaria		Taxista		Facultativos				
Trab. Independiente 2%		Trab. Independiente 0.6%		Pensionados 0.6%		Pensionados 2%		Pensionado 0%		Fidelidad		

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social de la Empresa:				Nit.
TELEVIGILANCIA LTDA.				800.237.731-6
Sucursal:	Teléfono: 435-2604	Ciudad: FLORENCIA		Correo Electrónico (Obligatorio): gerenciaflorencia@televigilancia.com.co

2. DATOS DEL TRABAJADOR

No. Identificación: 83.232.131	C.C. X	C.E.	Celular: 3138766269	Correo Electrónico
	PAS.	T.I.		

Primer Apellido: Cruz	Segundo Apellido: Ospina	Nombres: Jorge

Fecha de Nacimiento: 1976 06 20	Sexo: M X I	Estado civil: U.L. CAS. DIV. SEP. X VIU. SOL. ND	Tipo de Contrato: Fijo X Ind Parcial
Fecha de Ingreso a la Empresa: 2022 12 07	Salario: $ 1.000.000	Gana Comisión: SI NO X	Ocupación: Guarda de Seg.

Horas trabajadas diarias	Dirección lugar donde desarrolla su labor: Palacio de Justicia	Barrio: El Comercio	Ciudad: Pto. Rico U X R
Usted labora en otra empresa: SI X NO		Cual? Puma Seguridad.	
Dirección del Trabajador: Cra. 6 # 6-57		Barrio: las Americas	Ciudad: Pto. Rico U X R

NIVEL DE ESCOLARIDAD		Básica Secundaria X	Media		Secundaria Adultos		Téonico/Teonológico		Posgrado/Maestría	
			Básica Adultos		Media Adultos		Profesional Univ.		Ninguno	No Disp.

Presenta Alguna Discapacidad? SI NO X Cual? / Tipo de Vivienda - Propia Familiar Arrendada Hipoteca

3. FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desmovilizado o Reinsertado		Victima conflicto armado (no desplazado		Desplazado		Ejercicio del trabajo Sexual	
Hijo(as) de madres cabeza de familia		Cabeza de familia		Hijo (as) de desmovilizados o Reinsertados		Damnificado desastre natural	
Población Zonas Fronteras(nacionales)		Población Migrante		En condición de discapacidad		No Aplica	X

4. PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano		Indígena		Raizal Del Archipiélago De San Andrés	
Comunidad Negra		Palenquero		Room/gitano	
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores	X			No Disponible	X

5. ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexual	X	Bisexual	
Homosexual		No Disponible	

6. DATOS DE LA CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

No. Identificación	C.C.	C.E.	Celular:	Correo Electrónico
	PAS.	T.I.		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Fecha de Nacimiento	Sexo: H M I	Ocupación

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad U R
Nombre de la Empresa donde Trabaja	Ingresos Mensuales $	Recibe Subsidio? SI NO

COMFACA AFILIACIÓN Y REGISTRO 09 DIC 2022

FIRMA:
HORA: APORTES SUBSIDIO

7. DATOS DEL PADRE O DE LA MADRE FUERA DE LA UNIÓN

No. Identificación	C.C.	C.E.	Celular:	Correo Electrónico
	PAS.	T.I.		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad U R

8. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

Tipo de Doc			Numero de Documento	Nombres Completos de los Hijos, Padres, o Hermanos (Que dependan económicamente del Trabajador)			Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco				Discapacitado	Desaprobado
RC	T.I.	C.C.		1er. Apellido	2do. Apellidos	Nombres	F	M	AÑO	MES	DÍA	Hijo	Hijastro	Hermano Hnstano	Padres		

9. OBSERVACIONES

EL EMPLEADOR SE AFILIA
SIN BENEFICIARIOS
RELACIONES LABORALES

DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones correspondientes.

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA INFORMACIÓN
En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Caquetá, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" de acuerdo con la política de tratamiento de datos Personales que se encuentra en la página web de Comfaca www.comfaca.com.

FIRMA DEL TRABAJADOR SI NO

FIRMA EMPRESA | FUNCIONARIO COMFACA | FIRMA TRABAJADOR

Vigilado SuperSubsidio

TELEVIGILANCIA Protección Seguridad	ENTREGA DE DOTACIÓN	CODIGO:	HUM-FOR-006
		VERSION:	03
		VIGENCIA:	29-feb-16

CONTRATO:

CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

NOMBRE COMPLETO:

CC:

PRENDA O ELEMENTO	1er. ENTREGA		2da. ENTREGA		3er. ENTREGA		TOTAL
	UDS	TALLA	UDS	TALLA	UDS	TALLA	
BOTAS DE MATERIAL	1	39					
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA							
BOTAS MOTORIZADO							
BOTAS DE CAUCHO							
BUSO TIPO POLO _____ CAMISA TECNICOS_____							
CAMISA CON NORMA CABALLERO Manga Larga X Corta _____	1	L					
CAMISA CON NORMA DAMA							
CALZADO DAMA							
CORBATA	1	—					
CHAQUETA							
CHAPUZA							
CHALECO ANTIBALA							
CARNÉ: A:R:L _____ SEGUR. _____							
EQUIPO DE LLUVIA - IMPERMEABLE CARPA:_____ 2 PIEZAS_____							
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS							
KEPIS:____ GORRA: X	1	—					
OVEROL CON NORMA	1	L					
OVEROL SUPERVISOR (Dos piezas)							
PANTALÓN JEAN							
PANTALÓN CON NORMA CABALLERO	1	34					
PANTALÓN CON NORMA DAMA							
PLACA							
PORTA TONFA							
REATA							
TONFA							
UNIFORME ANTIFLUIDOS 2 PIEZAS							
OTROS:							

1er. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 06-12-2022

2da. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

3ra. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Atentamente,

JORGE CRUZO (Firma del Trabajador)

C.C. 83232131

TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION & SEGURIDAD

NIT. 800.237.731-6

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA No.

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DIRECCION DEL EMPLEADOR:
TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD	CALLE 6C NO, 17-81 NEIVA
NOMBRE DEL TRABAJADOR Y CEDULA	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR
CRUZ OSPINA JORGE C.C. 83.232.131	CRA. 6 # 6-57 B/ LAS AMERICAS
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD:	CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:
COLOMBIA 20 JUNIO 1976	GUARDA DE SEGURIDAD
SALARIO: 1.000.000 Mínimo legal vigente + AUX TRANSPORTE	PERIODO PAGO: Mensual
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES:	OBRA O LABOR CONTRATADA:
07 DICIEMBRE 2022	**PRESTACION DE SERVICIO DE VIGILANCIA CELEBRADO ENTRE UNION TEMPORAL RAMA HUILA 22-23 JM Y LA RAMA JUDICIAL**

Entre EL **EMPLEADOR y EL TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO:** Prestación de los servicios personales por parte del trabajador al empleador como **GUARDA DE SEGURIDAD** En el lugar previamente indicado por este último. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a) 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 anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. b) A no prestar directa ni indirectamente servicios labores 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, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. Y d) Cuidar y conservar con suma diligencia los elementos y bienes de la Empresa y terceros entregados en custodia para su vigilancia y responder por la perdida y deterioro parcial o total de los mismos, derivados por el incumplimiento de las funciones encomendadas Pen este contrato. **TERCERA: REMUNERACION.** EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios una asignación mensual conforme a la Ley por periodos vencidos, previa cancelación por parte de la persona natural o jurídica con quien se haya celebrado el contrato principal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I, II y III del Título VII del C.S.T. Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración de la labor realizada, 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 VIII del C.S.T. **CUARTA: DESCUENTOS.** El trabajador faculta al empleador para que descuente de sus salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos laborales, las sumas que tiene que cancelar por el incumplimiento de la obligación del

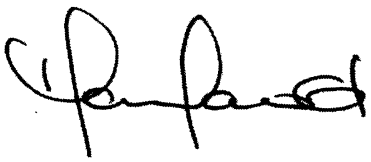
trabajador consagrada en el numeral "d" del artículo PRIMERO de este contrato. **QUINTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO.** Todo trabajo suplementario o en horas extras o en horas nocturnas o en días domingos o festivos en los que legalmente se debe conceder descanso, se remunerará conforme a la Ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. 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 **SEXTA: JORNADA DE TRABAJO. EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada máxima legal en los turnos y dentro de las horas señaladas por el EMPLEADOR, pudiendo hacer estos ajustes o cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes y por la naturaleza de la labor podrá ampliarse la jornada laboral sin que constituya trabajo suplementario o de horas extras conforme lo establece el Articulo 155 del Código Sustantivo de Trabajo; podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el Art. 164 del C.S.T., modificado por el Art. 23 de la Ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las misma, según el Art. 167 ibídem. **SÉPTIMA: DURACIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del contrato. **OCTAVA: PERIODO DE PRUEBA.** Los primeros dos (02) meses a la iniciación del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado unilateralmente en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause indemnización alguna. **NOVENA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Arts. 61 y 62 del C.S.T., EL TRABAJADOR podrá dar por terminado el presente contrato mediante aviso escrito al EMPLEADOR con antelación no inferior a treinta (30) días. En caso de no dar el TRABAJADOR el aviso al empleador o darlos parcialmente, deberá cancelar a este último una indemnización equivalente a treinta (30) días de salario o proporcional al tiempo faltante, deducible de sus prestaciones sociales. Además, son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por parte del EMPLEADOR, las siguientes faltas que para efecto se califican como graves: a)La violación por parte del TRABAJADOR, de cualquiera de sus obligaciones legales contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo por dos veces o más, dentro de un mismo mes calendario o negarse a prestar un turno, salvo casos de fuerza mayor debidamente comprobados por el EMPLEADOR o sus representantes; c) La ejecución por parte del TRABAJADOR de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización del EMPLEADOR; d)La revelación de secretos e información reservada de la empresa, del EMPLEADOR y del lugar donde desarrolle la labor; e)Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo; f)La asistencia al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o en estado no apto para ejercer sus funciones; g)El consumo de bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aún por primera vez; h)La utilización y porte del uniforme distintivo del servicio, placas y arma de dotación en oportunidades distintas al servicio y en lugares de expendio de licores, i)El abandono

del sitio de trabajo sin la autorización del EMPLEADOR o su representante, j)La inasistencia o llegada tarde a los turnos asignados; k)La solicitud de dadivas o prebendas de terceros para el desempeño de sus labores, l)La ejecución de actos obscenos o inmorales dentro o fuera del sitio de trabajo y que afecte directa o indirectamente al EMPLEADOR o a sus representantes, m)La negativa a rendir los informes solicitados por el EMPLEADOR o dentro de los términos fijados, n)El porte de armas o elementos de cualquier tipo, ajenos a los asignados por el EMPLEADOR para el desempeño de sus labores, o)El uso indebido dentro o fuera del servicio del arma de dotación, de la credencial, placas o distintivos que lo acreditan como vigilante al servicio del EMPLEADOR, p)Permitir la entrada o permanencia de personas extrañas en las dependencias puestas bajo su cuidado o la salida de bienes y objetos de las mismas dependencias o del sitio de trabajo, q)Impedir o entorpecer la inspección o supervisión de los coordinadores o supervisores, representantes del EMPLEADOR en el lugar de trabajo. **DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL ESPECIAL.** Son también justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, sin lugar a indemnización las siguientes: a) La solicitud del F.2, DAS, POLICIA NACIONAL o de cualquier otra autoridad, del retiro del TRABAJADOR DE LA PRESTACION DEL SERVICIO, b) La terminación del contrato de vigilancia suscrito entre el EMPLEADOR y un tercero, o la disminución de puestos requeridos por el tercero en virtud del contrato; y para cuya labor fue contratado el TRABAJADOR. Se entenderá por terminada la labor contratada así como las causas que dieron origen al contrato materia del trabajo; c) La solicitud verbal o escrita por parte del tercero contratista con quien se ejecuta la labor **DÉCIMA PRIMERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones contractuales y especiales del TRABAJADOR las siguientes: a) Evitar fuera de las horas de trabajo actividades que afecten su salud e impidan la prestación eficiente del servicio, b)manejar y cuidar con diligencia los bienes, elementos y armas encontradas a su cuidado, c) Conservar y restituir salvo el deterioro natural de los elementos y objetos de dotación, d)Informar al empleador toda circunstancia que sea de su interés o que tenga que ver con el desarrollo del objeto del servicio contratado, e)devolver al EMPLEADOR al momento de la terminación del contrato de trabajo el uniforme, la gorra, la placa, el arma de dotación y su salvoconducto, vehículos, municiones, y todos los elementos de dotación asignados para el ejercicio de su labor, f)responder patrimonialmente ante el empleador, patrimonialmente por los perjuicios causados por la revelación de secretos, hechos o informaciones en general que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato, g)Responder al EMPLEADOR por la perdida de elementos, bienes y objetos puestos bajo su cuidado y vigilancia y que pertenezca al EMPLEADOR, como a terceras personas que hayan contratado los servicios del EMPLEADOR, h) Cumplir diligentemente las labores propias del cargo y realizar labores que directa o indirectamente tiendan a mejorar las condiciones de seguridad personal en los puestos de trabajo, según las instrucciones del EMPLEADOR; i) el trabajador se compromete a informar por escrito AL EMPLEADOR cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa. **DÉCIMA SEGUNDA: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES. EL TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de 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 por el Art. 23 del C.S.T., modificado por el Art. 1° de la Ley 50/90. **DÉCIMA TERCERA: EFECTOS.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera 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 este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, en la ciudad y fecha que se indican a continuación:

CIUDAD Y FECHA: FLORENCIA, 7 DICIEMBRE 2022

Persona encargada



MARIA MONICA GONZALEZ RUIZ
C.C. 36.165.333

Empleado



TRABAJADOR 93.232.131