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
	GUARDA DE SEGUIDAD

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Montiel	Nombre(s) del aspirante: Jose Heider
Fecha de nacimiento: D 05 M 06 A 1984	Lugar de nacimiento: Florencia caqueta
Dirección domicilio / Barrio: calle #6 casa #27 la esmeralda	Ciudad: florencia caqueta
Teléfono:	N°. Celular: 3152336771
Correo electrónico: joschcidermontiel@gmail.com	Nacionalidad: colombiano
Profesión, ocupación u oficio: GUARDA DE SEGURIDAD	(*) Estado civil: unión libre
	Años de experiencia laboral: 5 años

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 6805845	(**) Libreta militar No. 6805845	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en: florencia caqueta	Distrito No. BR 12	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [X] No [ ]	Licencia de conducción No. 6805845	Categoría C2

II. PERFIL LABORAL

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

Ejecutar cada uno de mis conocimientos en el area de la seguridad privada para así ejercer bien mis logros de manera eficiente y ser reconocido por mi labor día día.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? puma seguridad	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato: a termino fijo
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [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? [X]	Nombre del arrendador: libardo santanilla	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? tres años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	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? paseos de olla y pezcas	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí [ ] No [X]		

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

15630828

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Angelica sevilla	servicio general	INCI HUILA

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	Mamá, Hijas	56-10-04 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Maria Deicy montiel	ama de casa	3115532079

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Yenni lorena montiel	enfermera	3123392379

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2012		Bachiller academico	Liceo general de colombia	villavicencio
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 dominio **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

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

Idiomas Sí [ ] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1.	R B [MB]	R B [MB]	R B [MB]	R B [MB]
	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)
LAOS seguridad		calle 7 #23a-48 la gaitana neiva	8630808

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de seguridad		D 01 M 11 A 2021	D 30 M 11 A 2022	$	$1000000

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Kelly patricia torres

Cargo: coordinadora

Logros obtenidos: alimentación, arriendo, vestuario, y reconocimiento por buen desempeño.

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? 11 meses Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [X] Otro [ ] ¿Cuál?

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

Motivo del retiro: terminacion de contrato

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)
Televigilancia		calle 14#4-60 el porvenir	8630808

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
GUARDA DE SEGURIDAD		D 14 M 11 A 2018	D 31 M 10 A 2019	$	$

Funciones realizadas

vigilar y proteger bienes e inmuebles y responsabilidad en mis labores diarios y buena atencion al publico.

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
Santiago	Jefe de operaciones

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

por terminacion de contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato	Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	OBED CASTAÑO OSORIO	EMPLEADO JUDICIAL	CALLE 23#2-36 B.Palmira	3212163350
2.	ELMAR ERAZALES MONTOYA	FUNCIONARIO POLICIA	CALLE 16#6-47 B.Progreso	3232276213

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	JAMIR montiel	constructor	Barrio la gloria	3187038949
2.	Ananias montiel	comerciante	Barrio la esmeralda	3185548020

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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Jose Heider montiel

C.C. 6805845

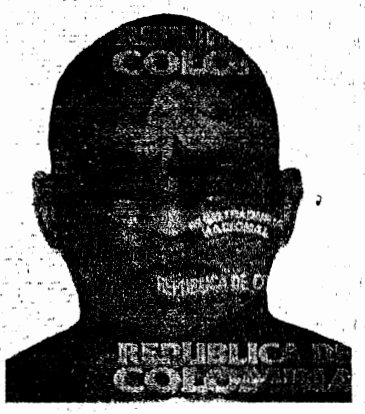
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **6.805.845**
MONTIEL

APELLIDOS
JOSE HEIDER

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1984**
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-JUN-2002 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4400100-01201021-M-0006805845-20210114 **0073**089223A 1 54669815

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta de Reservista Primera Clase

6805845

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 DIC	2014 31 DIC	2024 31 DIC



APELLIDOS Y NOMBRES

MONTIEL

JOSE HEIDER

UM **BICAZ** ESP: MIL **FUSILERO**

PROFESION AGRICULTOR

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

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 e 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.

0214478 **6805845**

TC.GUSTAVO E.AVENDANO MIRAN **30-MAR-2004**

Cdte de Zona



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CDO DEL BAT. CAZADORES

Hace constar que el SOLDADO

MONTIEL JOSE HEIDER

Con Tarjeta de Reservista No. 6805845

Observó EXCELENTE Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad del 111002 al 130804

SVC 130804 TC. FIDEL ANGEL SILVA B.

LUGAR Y FECHA 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 NACIÓN

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 210615365

WEB
18:15:29

Bogotá DC, 30 de noviembre 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) JOSE HEIDER MONTIEL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 6805845:

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

ATENCION :
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 miércoles 30 de noviembre de 2022, a las 18:15:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	6805845
Código de Verificación	68058452211301815O9

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 06:14:47 PM horas del 30/11/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **6805845**
Apellidos y Nombres: **MONTIEL JOSE HEIDER**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia

y en su nombre el

Villavicencio - Meta

Aprobado mediante Resolución No. 2773 del 26 de Octubre de 2007
de la Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio (Meta)

Confiere A:

MONTIEL JOSE HEIDER

C.C. 6805845 Expedida En FLORENCIA

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Art. 28 Ley 115 de 1994, Decreto 3011/97) según las normas vigentes.

Rector

Secretario Académico

Anotado al Folio 059 Libro de Registro Interno de Diploma No. 002

Expedido en Villavicencio - Meta, a los 23 días del mes de NOVIEMBRE de 2012

No requiere registro según Decreto N° 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Bachillerato por ciclos lectivos especiales integrados
Decreto 3011/97 Villavicencia - Meta

A los 23 días del mes de Noviembre del año 2012, se reunieron los licenciados Luis Fernando Torres Aullón, Rector, y Roberto Hernando Hernández, Secretario Académico, en las instalaciones del ***Liceo General de Colombia****, autorizada mediante resolución 2773 del 26 de Octubre de 2007, Para los CICLOS LECTIVOS ESPECIALES INTEGRADOS de Educación Básica y Media Académica, Con el fin de formalizar la graduación de los educandos del último Ciclo.*

Revisada la situación legal y académica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico a:

MONTIEL JOSE HEIDER

C.C No ***6805845*** *expedida en* ***FLORENCIA***

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación Original No. ***054*** *Folio.* ***182*** *del veintitrés* ***(23)*** *de Noviembre del año 2012 Firmada por los* ***Licenciados Luis Fernando Torres Aullón****, Rector y* ***Roberto Hernando Hernández*** *Secretario Académico.*

Dada a los ***(23)*** *días del mes de* ***Noviembre*** *del año 2012*
No requiere registro en la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994

Luis Fernando Torres Aullón
C.C. 80368556 de Bogotá
Rector

Roberto Hernando Hernández
C.C. 14997294 de Cali
Secretario Académico

UNION TEMPORAL
RAMA HUILA-CAQUETA 2018
NIT. 901.229.387-8

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

HACE CONSTAR

Que el señor **MONTIEL JOSE HEIDER,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.805.845 expedida en Florencia - Caquetá, laboro en la compañía desempeñando el cargo de **GUARDA DE SEGURIDAD**, durante el periodo comprendido del 14 de Noviembre de 2018 al 31 de Octubre de 2019.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dado en Florencia Caquetá, a los Dos (02) días del mes de Diciembre de 2022.

ALVARO ORDOÑEZ ORTIZ
Representante legal

CALLE 6C NO. 1781
TELEFONO 863 0808 EXT. 112

CRONOS

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 ECSP3028-1562788

CERTIFICA QUE

N.C.I. 62788

Montiel Jose Heider

Identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 6805845

REALIZÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

Especializacion Vigilancia Entidades Oficiales

CON UNA DURACIÓN DE 60 HORAS

EXPEDIDO EN Bogotá A LOS 31 DÍAS DEL MES DE Diciembre DE 2021

ACADEMIA DE VIGILANCIA CRONOS SP LTDA

DIRECTOR GENERAL

CRONOS SP LTDA

DIRECTOR ACADÉMICO

SuperVigilancia

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	6805845
Nombre:	JOSE HEIDER MONTIEL
Fecha Ingreso:	08/12/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	7/12/2022 8:21:55 AM

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE HEIDER MONTIEL , identificado(a) con cédula de ciudadanía **6.805.845**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Diciembre del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3033108355418

Fecha de radicación 07/12/2022

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X]; -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS [1]

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MONTIEL		JOSE	HEIDER
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	6805845	Femenino [ ] Masculino [X]	05/06/1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-4: AXA Colpatria	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.000.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CL 6 CS 27 BR LA ESMERALDA		3152336771	joseheidermontiel@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
FLORENCIA	Urbana [ ] Rural [X]		CAQUETÁ

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	IPS HORIZONTE SOCIAL LA ESPERANZA S.A.S - CRA 10 # 5B-36 BARRIO LAS AVENIDAS	200002360

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
TELEVIGILANCIA LTDA	NI800237731	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 14 N 4 60 BR PORVENI	6084352604	personalflorencia@televigilancia.com.co	FLORENCIA	CAQUETÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [X] 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 de 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

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3033108355418

Fecha de radicación 07/12/2022

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
08/12/2022			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 prevista ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

José Heider Thorpiel.

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Juan Carlos Gonzalez D

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia de documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									Total

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
						1/09/2022

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:, Asesor:mellercarvajal.corretaje, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:mellercarvajal.corretaje@asmetsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

VIGILADO SUPERSALUD

	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	Versión	Edición
		Código	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASMET SALUD EPS SAS EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

CC6805845 JOSE HEIDER MONTIEL

En constancia se firma a los 20 del mes de sept. de 2022

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC6805845 JOSE HEIDER MONTIEL

José Heider Montiel

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

COMFACA
Caja de Compensación Familiar del Caquetá
Sede Administrativa Carrera 11 No. 10-44 Barrio 14
Centro Múltiple de Servicios Tramo 6a Calle 17 Av. Roberto Clarke
PBX: 4366300 Línea gratuita de atención al usuario: atencionalusuario@comfaca.com
Teléfono: 4366300
www.comfaca.com

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE: Marque con un X según el tipo de novedad | Inscripción del trabajador [X] | 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	Cuidad:	Correo Electrónico (Obligatorio)
	435-2604	FLORENCIA	gerenciaflorencia@televigilancia.com.co

2. DATOS DEL TRABAJADOR

No. Identificación	C.C. [X]	C.E. [ ]	Celular:	Correo Electrónico
6.805.945	PAS. [ ]	T.I. [ ]	3152336771.	

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Montiel		José Heider

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado civil	Tipo de Contrato
1984 06 05	H [X] M [ ] I [ ]	U.L. [X] CAS. [ ] DIV. [ ] SEP. [ ] VIU. [ ] SOL. [ ] ND [ ]	Fijo [X] Ind [ ] Parcial [ ]

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario	Gana Comisión	Ocupación
2022 12 08	$ 1.000.000 =	SI [ ] NO [X]	Guarda de Seg.

Horas trabajadas diarias	Dirección lugar donde desarrolla su labor	Barrio	Ciudad	U / R
	Palacio de Justicia.	7 de Agosto	Florencia	U [X] R [ ]

Usted labora en otra empresa		Cual?	Dirección del Trabajador	Barrio	Ciudad	U / R
SI [X]	NO [ ]	Puma Seguridad	Calle 6 Casa # 27	La Esmeralda	Florencia	U [X] R [ ]

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

Presenta Alguna Discapacidad? SI [ ] NO [X] Cual? / Tipo de Vivienda - Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] 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 fámilia	[ ]	Hijo (as) de desmovilizados o Reinsertados	[ ]	Damnificado desastre natural	[ ]
Población Zonas Fronteras(nacionales)	[ ]	Poblaión Migrante	[ ]	En condición de discapacidad	[ ]	No Aplica	[ ]

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	[ ]			No Disponible	[ ]

5. ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexual	[ ]	Bisexual	[ ]
Homosexual	[ ]	No Disponible	[ ]

6. DATOS DE LA CONYUGE O COMPAÑERO(A)

No. Identificación	C.C. [X]	C.E. [ ]	Celular:	Correo Electrónico
1.007.077.188	PAS. [ ]	T.I. [ ]		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Sevilla	Trujillo	Angelica Beatriz

Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación
1990 06 29	H [X] M [ ] I [ ]	Empleada

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	U / R
Calle 6 Casa # 27	La Esmeralda	Florencia	U [X] R [ ]

Nombre de la Empresa donde Trabaja	Ingresos Mensuales	Recibe Subsidio
Insihuila	$ 1.117.172 =	SI [X] NO [ ]

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
			U [ ] R [ ]

COMFACA AFILIACIÓN Y REGISTRO 09 DIC 2022

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 Naoimiento			Parentesco				Discapacitado	Desaprobado
RC	T.I.	C.C.		1er. Apellido	2do. Apellidos	Nombres	F	M	AÑO	MES	DIA	FIRMA	Hijo	Hermano	Padres		
X			1.134.3871	Montiel	Sevilla	Mauren I	X		2018	05	13	X					
X			1.149.5145	Montiel	Barreto	Karen Sofia	X		2012	01	24	X					

9. OBSERVACIONES

EL EMPLEADOR

DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es veridica 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.

José Heidermontiel
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.

José Heidermontiel
FIRMA DEL TRABAJADOR

SI [ ] NO [ ]

FIRMA EMPRESA | FUNCIONARIO COMFACA | José Heidermontiel 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	40					
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA							
BOTAS MOTORIZADO							
BOTAS DE CAUCHO							
BUSO TIPO POLO _____ CAMISA TECNICOS_____							
CAMISA CON NORMA CABALLERO Manga Larga X Corta _____	1	XL					
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	36					
PANTALÓN CON NORMA DAMA							
PLACA							
PORTA TONFA							
REATA							
TONFA							
UNIFORME ANTIFLUIDOS 2 PIEZAS							
OTROS:							

1er. ENTREGA

José Heider montiel

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 03-12-2022

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,

José Heider montiel (Firma del Trabajador)

c.c. 6805845

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
MONTIEL JOSE HEIDER C.C. 6.805.845	CALLE 6 CASA # 27 B/ LA ESMERALDA
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD:	CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:
COLOMBIA 05 JUNIO 1984	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

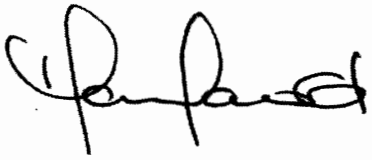
trabajador consagrada en el numeral "d" del artículo PRIMERO de este contrato. **QUINTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO.** Todo trabajo suplementario o en horas extras o en horas nocturnas o en días domingos o festivos en los que legalmente se debe conceder descanso, se remunerará 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 **Empleado**



MARIA MONICA GONZALEZ RUIZ
C.C. 36.165.333

Jose Heider montiel
TRABAJADOR 6805845