minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

OP 64793

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	Nombre(s) del aspirante
Barreto Forero	Flor Alba
Fecha de nacimiento D 23 M 09 A 1965	**Lugar de nacimiento** Dorada Caldas
Dirección domicilio / Barrio Calle 47C 9C-03 ferias	**Ciudad** Dorada caldas
Teléfono	**N°. Celular** 3128946184
Correo electrónico FlorbarretoF0@gmail.com	**Nacionalidad** Colombiana
Profesión, ocupación u oficio Servicios generales	**(*) Estado civil** Casada
	Años de experiencia laboral 7 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 30.345055	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en: Dorada	Distrito No.	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

Soy una persona Responsable
Cumplidora de mis deberes
Acato la orden de mis Jefes

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿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 [ ]	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 [X] 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 [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ el Asignado
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)?		

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

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

REV. 05-2019

13374851 7 702124007813

2

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación o oficio	Empresa donde trabaja
Miguel Jesus correa	oficios varios	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono** / **Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente de usted 1	**Parentesco** Hijo	**Edades** 85
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Maria Josefa forero	ama de casa	3137513296
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria			primaria.	S francisco caldas	Dorada
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro			bachiller	f. Educativa Nuevo Amanecer	
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Si / No	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución		Horario: Diurno / Nocturno	Fin de semana / A distancia

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

Sistemas Si / No	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB					
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB					
Idiomas Si / No	1.	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
		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)
Cleaner S.A			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicios generales		12 05 2017	30 11 2018		$737.717

Funciones realizadas: Oficaria de aseo

Nombre de su jefe inmediato: Yohana Martinez **Cargo:** Coordinadora administrativa

Logros obtenidos: experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: terminacion contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Servicios Prais Sas		villavicencio	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicios generales		D 24 M 12 A 2022	D 31 M 3 A 2023	$	$1'160.000

Funciones realizadas: Operaria Aseo

Nombre de su jefe inmediato: Viviana — Cargo: Cordinadora administrativa

Logros obtenidos: Experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: terminacion contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cleaner S.A			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicios generales		D 5 M 06 A 2018	D 15 M 9 A 07	$Minimo	$

Funciones realizadas: Operaria Aseo

Nombre de su jefe inmediato: Yohana Martinez — Cargo: cordinadora administrativa

Logros obtenidos: experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: terminacion contrato

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Andres lopez	Contadora	CL 49b H 14-14	3146000720
2.	Maryori Diaz	Docente	calle 46 H 602	3207110514

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Oliverio Barreto	Supervisor Obras	B1 21 Pes	3103938578
2.	Hermogenes Barreto	IV6 Obras civiles	M76 #45 Bienvenida	3045207686

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

Floralba Barreto

C.C. 30.345055

VALIDEZ DE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

OP 64793

minerva

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.983

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	05 MES	2023 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS INGRESO

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

SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES S.A.S.	SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES S.A.S.
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

BARRETO FORERO FLOR ALBA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	57 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC	30345055
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIA DE ASEO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCION CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *DEMAS EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DEL RANGO NORMAL*

APTO	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	KOH DE UÑAS	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS DE GARGANTA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE LA ALTERACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA MANIPULADORES INDIRECTOS DE ALIMENTOS: DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN MÉDICA REALIZADA, CON ÉNFASIS DENTAL, PIEL Y SISTEMA RESPIRATORIO, NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE PUEDAN GENERAR UN RIESGO SANITARIO PARA LA MANIPULACIÓN SEGURA DE ALIMENTOS O BEBIDAS, POR LO QUE SE CONSIDERA QUE ÉSTE TRABAJADOR ES APTO PARA DESEMPEÑARSE COMO MANIPULADOR DE ALIMENTOS.

LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE SE REALIZA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 , SE LLEVA A CABO DE FORMA INTEGRAL, TENIENDO EN CUENTA UNA ENCUESTA DE SÍNTOMAS, PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS, VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE LO ENMARQUEN EN UNA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE SUFRIR LA INFECCIÓN Y VERIFICACIÓN DE ESTADO DE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19. CUALQUIER HALLAZGO SIGNIFICATIVO ENCONTRADO SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO E IMPLICACIONES OCUPACIONALES. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO, SERÁ PERTINENTE QUE SE LE HAGA UNA NUEVA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

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

CERTIFICADO-52023-30345055

GEMSAP
GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES & PROFESIONALES

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

GEMSAP

CERTIFICA QUE:

De acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III artículo 12, 13 y 36 **FLOR ALBA BARRETO FORERO** con documento de identificación N° **30345055** Asistió al curso en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas, Cuyo plan de capacitación cuenta con una intensidad horaria de Diez (10) horas de formación las cuales se desarrollaran mediante nuestra plataforma virtual, por lo cual con base en la normatividad legal vigente en el territorio nacional se certifica a la persona nombrada en cuestión como asistente al curso de manipulación de alimentos y por ende como manipulador de alimentos en todo el territorio nacional por un año a partir de la emisión de su carné de manipulación de alimentos y el presente certificado.

El presente certificado se expide a los 20 días del mes de Mayo del año 2023.

Atentamente,

GEMSAP
NIT 1014208551-3
APROBADO

Rafael Alberto Orjuela
Profesional Capacitador
Esp. Sistemas de Calidad e Inocuidad en Alimentos

Escanea el Codigo QR

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales
www.cursodemanipulacionalimentos.com
Correo Electrónico: equipo@gemsap.com
Numero Único de Contacto: 3107089494

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900512203
Número Afiliación:	80073324
Razón social:	SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERI

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	30345055
Nombre:	FLOR ALBA BARRETO FORERO
Fecha Ingreso:	05/06/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 002
Tasa:	1.044
Fecha hora transacción:	02/06/2023 11:36:40 a.m.

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. 3087839355418
Fecha de radicación 05/06/2023

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
BARRETO	FORERO	FLOR	ALBA
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	30345055	Femenino [X] Masculino [ ]	23/09/1965

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

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	No aplica		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
00-0: Sin ARL	0000: Sin AFP	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
Calle 47 c # 9c - 03		3128946184	florbarretofo@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
PUERTO SALGAR	Urbana [ ] Rural [X]		CUNDINAMARCA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR - calle 14# 2-91	53013

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
SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS ESTERIORES SAS	NI900512203	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 83a#23-66 Barrio Pol	6014753558	dir.gestionintegral@solgistex.com	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

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

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

VIGILADO Supersalud
SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO 018000913876

Bogotá DC. 2 de Junio de 2.023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/6/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 30345055
Nombres y Apellidos	FLOR ALBA BARRETO FORERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 900512203
Razón Social Empleador	SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	5/6/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	2/6/2023
Cargo	OPERARIA SERVICIOS GENERALES
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 Icontec SC-6090-14
IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

Hiclean
GRUPO EMPRESARIAL S.A.S

901.188.860-3

CERTIFICADO

Flor Alba Barreto Forer

C.C. 30.345.055

Capacitación en Desinfección y limpieza; Reciclaje, manejo de basuras y responsabilidad ambiental

expedido el 31 de mayo de 2023.

Helena Puerto

HELENA PUERTO
CAPACITADORA

Solgistex

SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES S.A.S

NIT. 900.512.203-0



FLOR ALBA
BARRERO FORERO
C.C. 30.345.055
OPERARIA DE
SERVICIOS GENERALES

Esta credencial es personal e intransferible.

Únicamente para efectos de presentación de servicio de aseo, mantenimiento y conserjería.

En caso de pérdida o emergencia, Comunicarse al Tel: 3232267734

Solgistex