minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

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
	Oficios varios

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Arango Fajardo	Martha Cecilia
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
23 / 05 / 1982	Cimitarra Santander
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Cra 6A # 42-126 B. Las Ferias	La Dorada
Teléfono	**N°. Celular**
	3147420685
Correo electrónico	**Nacionalidad**
marthaarango2016@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
	Unión Libre / 20 años.

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 24716076	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona con facilidad y disposición para aprender, buenas relaciones interpersonales, responsable, organizada, con capacidad de realizar Trabajos bajo presión. Con Conocimientos en el área de oficios Varios.

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 [ ]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] — 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?	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Futbol	

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

173503

7 702124 007813

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Ruben Dario Aguirre Bernal.	Profesión, ocupación u oficio: Oficios Varios	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: Cra 6A #42-126 B. las ferias	Teléfono: 301 684 1701	Ciudad: La Dorada
No. de personas que dependen económicamente de usted: 3	Parentesco: hijos		Edades: 8, 16, 17 años
Nombre(s) padre(s): Eliecer Arango Palomo	Profesión, ocupación u oficio:		Teléfono(s): 311 644 0263
Marleny Hernandez Suata			
Nombre(s) hermano(s): Jose Eliecer Arango H.	Profesión, ocupación u oficio: Conductor		Teléfono(s): 305 8752 200
Viviana Arango H.	Ama de Casa		322 386 7490

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1995		5to de Primaria	Escuela Isla Palomo	Km 25 Pto Boyo.
Bachillerato Académico X / Técnico / Comercial / Otro	2010		11°	Instituto Tecnologico S. la Dorada.	
Educación Superior: Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					

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

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

Nombre de la institución — Horario: Diurno / Nocturno / Fin de semana / A distancia

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

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

Idiomas Sí / No — ¿Qué idioma(s) conoce? 1. 2. — Escucha / Lectura / Escritura / Habla — 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 SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Servicios PRAIS S.A.S	Actividad Económica:	Dirección: Cra 22b #30-39 Villavicencio-Meta			Teléfono(s): 310 811 1305
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Operaria de aseo y Cafeteria	Área del cargo: Colegio	Fecha Ingreso: D 24 M 12 A 22	Fecha Retiro: D 31 M 03 A 23	Sueldo Inicial: $ 1.160.000	Sueldo Final: $ 1.160.000

Funciones realizadas:

Nombre de su jefe inmediato: Bibiana Velasquez Murcia — Cargo: Coordinador Administrativo

Logros obtenidos: Me destaque por ser una persona responsable, respetuosa y honesta.

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

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

Motivo del retiro: Termino de Contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
LADOIN SA	SAS	Calle 12a #68C-03 Bogota	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operaria de aseo	Hotel	D 20 M 08 A 21	D 28 M 01 A 22	$ 1.000.000	$ 1.000.000

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Nesly Raquel Abril — Cargo: Directora de Gestión Humana

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Termino de 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
Operario de aseo general		D 01 M 02 A 18	D 30 M 11 A 18	$ 781.242	$ 781.242

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Janelly Stella Herrera — Cargo: Jefe de Gestión Humana

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Termino de Contrato

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Abel Nibardo Ramirez	Oficial de construcción		317 823 7161
2.	Nayid Eduardo Iglesias E.	Teniente Coronel		311750 9781

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Ruben Dario Aguirre B.	Oficios Varios	Cr 6A #42-126 B/Ferias	301 684 1701
2.				

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

Nota importante

Favor no llamar por telefono 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

Martha Arango Forero
C.C. 24716070

VALIDEZ: LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DE VIDA DEPENDERÁ DE LA TIRILLA DE SEGURIDAD

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° 5.985

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)

ARANGO FAJARDO MARTHA CECILIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC	24716076
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

[redacted]go
OPERARIO DE ASEO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCION

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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

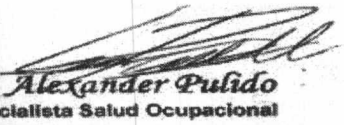
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

[redacted]RTIFICADO 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
J1124P1V5985

Aspirante o Trabajador

Martha Arango Fajardo

Firma:

Nombre: ARANGO FAJARDO MARTHA CECILIA

CC: 24716076

CERTIFICADO-52023-24716076

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 **MARTHA CECILIA ARANGO FAJARDO** con documento de identificación N° **24716076** 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 1014209551-3
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

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	24716076
Nombre:	MARTHA CECILIA
Apellidos:	ARANGO FAJARDO
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	OPERARIA DE ASEO
Estado:	VIGENTE
Tipo de Salario:	BÁSICO
Valor Salario:	1160000
Fecha de Ingreso:	05/06/2023

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. 3179377355418
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
ARANGO	FAJARDO	MARTHA	CECILIA
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	24716076	Femenino [X] Masculino [ ]	23/05/1982

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			

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
00-0: Sin ARL	230201: Protección	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CARRERA 6A # 42-126		3147420655	marthaarango2016@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BOGOTÁ D.C.	Urbana [ ] Rural [X]		BOGOTÁ D.C.

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	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE - CARRERA 14 B NUMERO 1-45 SUR	72361

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.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] 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

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. 3179377355418
Fecha de radicación 05/06/2023

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
05/06/2023			

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 previsto 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

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:				1					Total 1

[X] 56. Anexo copia de documento de identidad

[ ] 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

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:sara.villota, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:sara.villota@asmetsalud.com
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

compensar

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 dia 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 24716076
Nombres y Apellidos	MARTHA CECILIA ARANGO FAJARDO
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
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

Hiclean
GRUPO EMPRESARIAL S.A.S

901.188.860-3

CERTIFICADO

Martha Cecilia Arango Fajardo
C.C. 24.716.076

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



MARTHA CECILIA ARANGO FAJARDO

C.C. 24.716.076

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