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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Hernandez Suaza	Sandra Milena
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
23 / 06 / 1982	Puerto salgar cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
cra 6A 42-122	La Dorada
Teléfono	**N°. Celular**
	3005422517
Correo electrónico	**Nacionalidad**
sandra.hernandez6179@gmil.com	colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Auxiliar servicios generales.	Soltera

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 24716179	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en:	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

mis expetativas es desempeñarme como auxiliar de servicios generales seguir siendo una persona honesta, trabajadora y cumplidora de mis deberes

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 [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Rosa Suaza	Teléfono: 3116219654 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 23 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	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? Realizar Ejercicio	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? caminar	

¿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

13374855

7 702124 007813 7

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente de usted: 2	Parentesco: mamá hijo		Edades: 80 - 16

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
RosaTdalva suaza	ama de casa	3116219654
Delfin Hernandez	fallecido	— 11 —

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Javier hernandez	Soldador	
Ligia hernandez	ama de casa	3125941355

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato: Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2003	11	Bachillerato academico	Instituto nacional dorada	La Dorada
Educación Superior: Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

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

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

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-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)
Tienda las paisas	servicios	calle 44 6-03	3207200087

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
servicios al cliente	servicios	D 08 M 08 A 2017	D 08 M 12 A 2019	$ 1000.000	$ 1000000

Funciones realizadas: realizando dentro de la empresa Los servicios de oficios varios

Nombre de su jefe inmediato: Ramiro Antonio caro | Cargo: comerciante

Logros obtenidos: mas experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: termino de contrato

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

minerva

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Almacen Variedades Mary			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicio al cliente.	Servicios	D 15 M 08 A 2011	D 27 M 08 A 2014	$ 1000000	$ 1000000

Funciones realizadas: Servicio al cliente.

Nombre de su jefe inmediato: mariela arias palacio. | Cargo: comerciante.

Logros obtenidos: experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: termino de contrato

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

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operario de aseo y cafeteria	Servicios	D 24 M 12 A 2022	D 31 M 03 A 2023	$	$

Funciones realizadas: operario de aseo y cafeteria.

Nombre de su jefe inmediato: [illegible] | Cargo: coordinadora administrativa.

Logros obtenidos: experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: termino de contrato.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	carlos enrique morales	oficios varios	Pt. Boyaca	3218127958
2.	Zulay Karina suarez	Jefe de compras	cl 17 N 8-60	3137118571

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Javier hernandez	soldador	PT Boyaca Km 25	3137292159
2.	Ligia hernandez	ama de casa.	vereda perico	3507461316

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

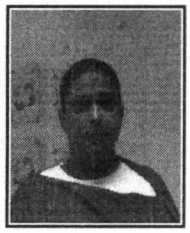
Sandra Milena Hernandez
C.C. 24716179

VALIDA LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

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° 5.984

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)

HERNANDEZ SUAZA SANDRA MILENY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS	CC	24716179
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIA 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**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU ENTIDAD DE SALUD POR DERMATOLOGIA	USO DE EPP	HÁBITOS 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.

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. Alexander Pulido Especialista Salud Ocupacional			Firma: Sandra Hernandez
Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER			Nombre: HERNANDEZ SUAZA SANDRA MILENY
R. M.: 270946	L.S.O.: 12289	Código de Seguridad F1124L1R5984	CC: 24716179

CERTIFICADO-52023-24716179

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 **SANDRA MILENY HERNANDEZ SUAZA** con documento de identificación N° **24716179** 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	24716179
Nombre:	SANDRA MILENY HERNANDEZ SUAZA
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 11:55:50 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ESSC62

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS
Formulario No. 3179367355418
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
HERNANDEZ	SUAZA	SANDRA	MILENY
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	24716179	Femenino [X] Masculino [ ]	23/06/1982

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	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CARRERA 6 A # 42-122		3005422517	sandra.hernandez6179@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 ATENCION GRATUITO
018000954976

VIGILADO SUPERSALUD

Scanned by TapScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ESSC62

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS
Formulario No. 3179367355418
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 clínica 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

Sandra Hernandez
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Solgistex S.A.S
RECURSOS HUMANOS
El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia de documento de identidad

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

- [ ] 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 018000912876

Scanned by TapScanner

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 24716179
Nombres y Apellidos	SANDRA MILENY HERNANDEZ SUAZA
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

VIGILADO SuperSubsidio

Hiclean
GRUPO EMPRESARIAL S.A.S

901.188.860-3

CERTIFICADO

Sandra Mileny Hernandez Suaza

C.C. 24.716.179

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



SANDRA MILENY HERNANDEZ SUAZA

C.C. 24.716.179

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