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
Bonilla Bernal	Lina Maria
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
11 / 02 / 1994	Puerto Salgar - Cundinamarca.
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Pancager Sector 2 N° 480	La Dorada - cds.
Teléfono	**N°. Celular**
3233804821	
Correo electrónico	**Nacionalidad**
bonillalina00@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Servicios Generales	Soltera / 5 meses

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 1.073.325.707	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en: pto. salgar (cund)	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

Capacitarme cada dia mas para poder desenvolverme de forma eficaz, productiva en la empresa que me contrate siendo puntual, responsable y honrrada

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 [ ] — 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 [X] 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? [X] ¿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? $ 850.000	
¿Por qué conceptos? Alimentacion, Vestuario, Servicios publicos		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ El Minimo	
¿Cuál es su principal afición? Estudios Superiores	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

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

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

OP 55344

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	Parentesco	Edades
3	Hijos	10, 8, 1 Años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Carmenza Bernal	Ama de casa	3012097954
Victor Bonilla	Administrador Finca	3206446933
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Lorena Bonilla	Empleadas	3128540100
carmen Bonilla	Empleada	3167162919

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2015	5º	primaria	Renan Barco	la Dorada-cds
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]			Bachiller	Renan Barco	Dorada-cds
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?	¿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 [X] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1. Español	R [X] MB	R [X] MB	R [X] MB	R [X] 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)
Hotel Caldas	Hotelera	cra 4 Nº 14-43	~~8577542~~ 3113633284

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Aseadora		D 01 M 03 A 23	D 31 M 08 A 23	$	$

Funciones realizadas: Oficios varios y camareria

Nombre de su jefe inmediato: Victor Alfonso Rueda — Cargo: Administracion

Logros obtenidos: Experiencia laboral

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

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

Motivo del retiro: terminacion contrato

minerva

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

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 ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

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 ☐ 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.	Floralba Barreto	Empleada	cl 47c 9C-03	
2.	Yohana Rueda	Empleada	cuidade 16 julio	3216387330
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Lorena Bonilla B	Ama de casa	Las ferias	3128540100
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Lina Maria Bonilla Bernal
C.C. 1073325707

minerva

OP 55344
VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO 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° 9.105

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	11 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

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

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BONILLA BERNAL LINA MARIA	FEMENINO	29 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1073325707 (Número)

Cargo
SERVICIOS GENERALES

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

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.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007 Y 1918 DE JUNIO 5 DE 2009 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (ACTUALMENTE MINISTERIOS DE TRABAJO Y DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL) REGLAMENTAN LA PRÁCTICA Y CONTENIDO DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES DE INGRESO, CON EL OBJETO DE DETERMINAR LA EXISTENCIA DE RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO A DESEMPEÑAR, ACORDE CON LOS REQUERIMIENTOS DEFINIDOS POR EL EMPLEADOR EN EL PERFIL DEL CARGO. TAMBIÉN ESTABLECE QUE LA EMPRESA SOLO PUEDE CONOCER EL CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO DEL ASPIRANTE. LOS DOCUMENTOS COMPLETOS DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL ESTÁN SOMETIDOS A RESERVA PROFESIONAL Y QUEDAN BAJO NUESTRA GUARDA Y CUSTODIA, SEGUN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 1918 DE JUNIO 5 DE 2009 Y EL TRABAJADOR PUEDE OBTENER UNA COPIA DE ELLOS CUANDO LO REQUIERA, ENTENDIENDO QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE SU HISTORIAL MÉDICO.

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



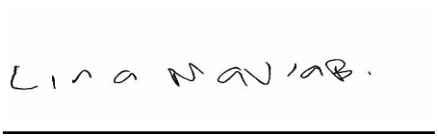
Firma:

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

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

Código de Seguridad
D1124J1P9105

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BONILLA BERNAL LINA MARIA

CC: 1073325707

CERTIFICADO-112023-1073325707

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 **LINA MARIA BONILLA BERNAL** con documento de identificación N° **1073325707** 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 29 días del mes de Noviembre 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
Correo Electrónico: equipo@gemsap.com
Numero Único de Contacto: 3107089494
www.gemsap.com

AXA COLPATRIA

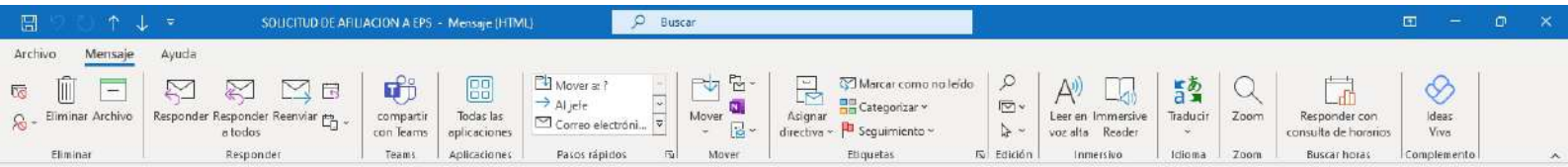
INGRESO EMPLEADO

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	1073325707
Nombre:	LINA MARIA BONILLA BERNAL
Fecha Ingreso:	01/12/2023
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:	29/11/2023 01:22:47 p.m.



SOLICITUD DE AFILIACION A EPS

DD

Direccion De Recursos Humanos
Para: Joseth PuenteR
CCO: Andres Villamizar; Blanca Romero





miércoles 29/11/2023 1:31 p. m.

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2023.

Buenos días

Dr. Joseph
Asesor de Salud Total.

Cordial saludo.
Solicitamos por favor nos colabore con la afiliación a SALUD TOTAL de este funcionario que ingresa a partir del día 01/12/2023.

DATOS DE LA EMPRESA

SOLGISTEX.
NIT 900512203
DIR Calle 63c # 23 66
TEL: 3132267734
ARL: COLPATRIA
SALARIO: $1.160.000

DATOS EMPLEADO
LINA MARIA BONILLA BERNAL
C.C 1.073.235.302
PANCAGGER SECTOR 2 #430
FECHA DE INGRESO: 01/12/2023
CARGO: OPERARIA SERVICIOS GENERALES
E.P.S: SALUD TOTAL
AFP: PORVENIR

Quedamos atentos a sus comentarios.

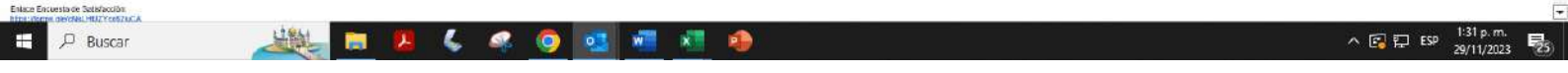
Cordialmente,

DIANA PATRICIA CARZON
DIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS
SOLGISTEX S.A.S
3132267734
dir.recursoshumanos@solgistex.com
CALLE 63 A # 23 66 BARRIO EL POLO

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
Este correo y la información contenida o adjunta al mismo es privada y confidencial y va dirigida exclusivamente a su destinatario. **SOLGISTEX S.A.S** informa que pudo haber recibido este correo por error que contiene información confidencial cuyo uso, copia, reproducción o distribución esta expresamente prohibida.
Si no es usted el destinatario del mismo y recibe este correo por error, le rogamos lo ponga en conocimiento del emisor y proceda a su eliminación sin copiarlo, imprimirlo o utilizarlo de ningún modo.

Gracias por confiar en **SOLGISTEX S.A.S.**, le agradecemos que nos dara 5 minutos o menos para responder una breve encuesta y compartirnos cómo es su experiencia con nosotros.

Enlace Encuesta de Satisfacción:
https://forms.gle/6NLHMZYce6ZuiCA



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1073325707
Nombre	: LINA MARIA BONILLA BERNAL
Empresa/Contratante	: SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900512203
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/11/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/12/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001
icontec internacional
SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

Hiclean
GRUPO EMPRESARIAL S.A.S

901.188.860-3

CERTIFICADO

Lina Maria Bonilla Bernal

c.c 1.073.325.707

Capacitación en Desinfeccion y Limpieza; Reciclaje, manejo de basuras y responsabilidad ambiental.

expedido el 29 de noviembre de 2023.

Helena Puerto

HELENA PUERTO

CAPACITADORA

Solgistex

SOLUCIONES LOGISTICAS DE ESPACIOS EXTERIORES S.A.S

NIT. 900.512.203-0



LINA MARIA
BONILLA BERNAL
C.C. 1.073.325.707
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