TEMPORALES UNO-A S.A.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042782

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	ARZUZA MENDOZA ANA -
No. IDENTIFICACION	45.480.960 CARTAGENA Tel: 3112725538 Contrato:02
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CALLE 61 NO 608 PRADO ALTO BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	CARTAGENA 11 DE AGOSTO DE 1968

EPS: NUEVA EPS AFP: COLPENSIONES ARP: ARL SURA CTA: 5752012837 COLPATRIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	2.300.000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	$30.000-AUX. DE COMUNICACIONES
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	ENFERMERA PROFESIONAL
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	APOYO SECRETARIA SALUD CONT 1684
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	30 DE DICIEMBRE DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	30 DE DICIEMBRE DE 2020

ee

Entre la E.S.T. EMPLEADORA y el TRABAJADOR EN MISION, de las condiciones civiles anotadas identificados como ya se señaló hemos celebrado el presente contrato individual de trabajo contenido en las siguientes cláusulas a saber: PRIMERA- INFORMACION PREVIA AL TRABAJADOR EN MISION: el TRABAJADOR EN MISION ha sido informado que TEMPORALES UNO A S.A. es una empresa cuyo objeto social es el de contratar la prestación de servicios con terceros beneficiarios, denominados USUARIOS para colaborarles TEMPORALMENTE en el desarrollo de sus actividades mediante la la labor desarrollada por personas naturales, denominadas TRABAJADORES EN MISION contratadas directamente por TEMPORALES UNO-A S.A. También se le ha comunicado que en desarrollo del objeto social mencionado TEMPORALES UNO-A S.A. realiza su contratación con él. En los términos del presente contrato, la ley y el reglamento interno de trabajo tanto de TEMPORALES UNO-A S.A., como de la empresa usuaria Se le ha hecho saber además que será empleado de la E.S.T., pero estará subordinado y recibirá ordenes de la USUARIA, referida en la primera página de este escrito, en los términos del presente contrato cuyo carácter temporal queda expresamente determinado por que se ha dado a conocer atras y ha dejado trascrito el motivo que le da origen a la labor determinada, en los términos del presente contrato. SEGUNDA - OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR EN MISION: éste ingresa al servicio de la E.S.T. empleadora a desempeñar el cargo indicado en el encabezamiento del presente contrato para ejecutar la obra o labor determinada también atrás anotada Los compromisos del TRABAJADOR EN MISION son: a) Poner al servicio de la E.S.T. EMPLEADORA o de la USUARIA a la cual se remite toda su capacidad normal de trabajo,en el desempeño de la funciones propias del cargo u oficio contratado atendiendo el motivo que le dio origen a la obra o labor determinada de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta la E.S.T. EMPLEADORA o la USUARIA por conducto de las personas autorizadas por ellas; b) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar,tiempo y condiciones que TEMPORALES UNO-A S.A. le señale; c) Cumplir con los horarios que le fije el usuario conforme a las necesidades del servicio; d) conservar rigurosamente la disciplina interna establecida por el USUARIO donde se remite el TRABAJADOR EN MISION;e) Cumplir con las recomendaciones dada por TEMPORALES UNO-A S.A sobre el comportamiento a seguir en la empresa usuaria f) Guardar estricta reserva de todo lo que llegue a su conocimiento por razón de su oficio y cuya comunicación pudiera causar perjuicios al EMPLEADOR o a las personas o entidades en cuyos establecimientos trabaja; g) No atender durante las horas de trabajo asuntos y ocupaciones distintas a las que el USUARIO le ha encomendado; h) Utilizar debidamente y cuidar las máquinas herramientas, utensilios materia prima,productos en proceso o terminados, instalaciones y demás bienes del establecimiento donde preste sus servicios y evitar todo daño o perdida que cause perjuicios a su propietario; i) Acatar los reglamentos de la empresa USUARIA y del EMPLEADOR ;j) Aceptar los cambios en el desempeño del cargo u oficio convenido, siempre que no implique desmejora en sus condiciones de trabajo y no modifique la obra o labor contratada o el motivo que le dio origen a la misma; k) Acatar las normas sobre Salud Ocupacional y poner especial atención a todo lo referente a la seguridad industrial. l) Informar a TEMPORALES UNO A S.A. oportunamente cualquier circunstancia o situación que pueda afectar, alterar o modificar en algún sentido los elementos constitutivos de la presente TERCERA - LUGAR DE TRABAJO Y DE LA CONTRATATACION: el lugar de trabajo del empleado será el que se señaló en encabezamiento del presente contrato y la ciudad en la cual ha sido enganchado, también figura en la primera página de este convenio. lo anterior sin perjuicio de que las partes puedan convenir que el trabajo se preste en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones o de remuneración del trabajador . CUARTA - DURACION DEL CONTRATO: será por el termino que dura la realización de la obra o labor contratada a TEMPORALES UNO-A S.A. por la empresa USUARIA o beneficiaria de los servicios personales del TRABAJADOR EN MISION y en consecuencia este contrato terminará enel momento quela obra o labor determinada culmine locual comunicara el usuario al empleador.En todo caso los primeros dos meses del presente contrato son periodo de prueba y por consiguiente cualquiera de las partes puede terminarlo unilateralmente, sin previo aviso y sin lugar a indemnización. QUINTA - SALARIO Y PERIODOS DE PAGO: el empleador pagará al trabajador en misión una remuneración equivalente a la suma que se anotó en la primera página de este contrato y será pagadera por los periodos que atras se indicó PARAGRAFO: el empleador pagará la compensación monetaria por vacaciones y primas de servicios proporcional al tiempo laborado cualquiera que esta sea (Art. 76 Ley 50 de1990). SEXTA - AUTORIZACION PARA TRABAJO EXTRAORDINARIO DOMINICAL O FESTIVO todo trabajo suplementario o en horas y en dias domingos o festivos en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que segun la Ley deba efectuarse asi debe autorizarlo un un representante del USUARIO (donde el trabajador presta sus servicios), mediante la inclusión en el respectivo reporte de tiempo, el EMPLEADOR en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en los dias de descanso legalmente obligatorios que no haya sido incluido en el reporte de tiempo de trabajo autorizado por las personas con facultad para ello designadas por el USUARIO. SEPTIMA - JORNADA: el trabajador en misión se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el USUARIO o a las personas autorizadas por este último, pudiendo hacer los ajustes o cambios de horarios cuando así lo estime conveniente. Podrán igualmente repartirse las horas de la jornada en la forma prevista en el Art. 25 de la Ley 50 de 1990 para no laborar los sabados, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas, del mismo modo empleador y trabajador podran acordar la jornada de trabajo prevista en el Art 27 de la ley 50 de 1990,para ello simplemente bastara la voluntad bilateral y consensual de las partes. OCTAVA - FALTAS GRAVES: constituyen faltas graves que dan lugar a la terminación del presente contrato de trabajo ademas de las señaladas en los Reglamentos del USUARIO o del EMPLEADOR que hayan sido dados a conocer al TRABAJADOR EN MISIÓN las siguientes a)Violación por parte del trabajador de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La inasistencia puntual al trabajo sin excusa suficiente al juicio del EMPLEADOR o de las personas autorizadas por éste, por dos veces; c)La revelación de secretos y datos reservados de la empresa o del establecimiento donde trabaje; d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de bebidas alcohólicas, alucinógenas, narcóticas o estupefacientes o ingiera cualquier dosis de las mismas en el sitio de trabajo, aun por primera vez; e)El hecho de que el TRABAJADOR EN MISION abandone el sitio de trabajo sin permiso de las personas que tiene a su cargo la disciplina del establecimiento o zona de trabajo; f) La inasistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo o más sin excusa suficiente a juicio del EMPLEADOR; g) La pugnacidad, desavenencia o falta de entendimiento del TRABAJADOR EN MISION con alguna de las personas que laboren en el mismo establecimiento o zona que lesione la marcha armónica de las labores; h) El no aceptar las asignaciones de trabajo de la empresa usuaria; i) Retirar de las oficinas, archivos o almacenes documentos, elementos o materiales o dar a conocer cualquier documento sin autorización expresa para ello; j) y general las consagradas en el articulo 7 del decreto 2351de 1965. NOVENA - PAGOS QUE NO CONSTITUYEN SALARIOS PARA EFECTOS PRESTACIONALES: Las partes acuerdan que los pagos señalados en la primera página de este contrato bajo el titulo "OTROS PAGOS SALARIALES" no constituyen salario para efectos prestaciones toda vez que se trata de auxilios o beneficios en dinero o en especie de carácter extralegal que el EMPLEADOR reconoce o paga al TRABAJADOR EN MISION PARAGRAFO Tampoco constituye salario cualquier prima extralegal,habitación,alimentacion o vestuario que durante la vigencia del contrato pudiera reconocer en el futuro el EMPLEADOR o el USUARIO al TRABAJADOR EN MISIÓN en dinero o en especie. DECIMA - CONTRATOS ANTERIORES: Las partes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato que es único vigente entre ellas, reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito con anterioridad. DECIMA PRIMERA - DIRECCIÓN NOTIFICACIONES AL TRABAJADOR EN MISION La Direccion de la residencia informada por el TRABAJADOR EN MISION para ser anotada en sus hoja de vida es el lugar para notificaciones y toda información enviada a tal direccion se entiende hecha debidamente. No obstante, el trabajador se obliga informar inmediatamente al empleador cualquier cambio de domicilio o lugar de residencia para todos los efectos pertinentes. DECIMA SEGUNDA: Las Invenciones o descubrimientos realizados por el TRABAJADOR contratado para investigar pertenecen al empleador de conformidad con el articulo 593 del Código de Comercio,asi como en los articulos 20 y concordantes de LEY 23 de 1982 sobre derechos de autor DECIMA TERCERA El trabajador entiende y acepta que la causa o materia única de su contrato es la necesidad del servicio de la empresa usuaria. Por lo tanto, su relación laboral con la Temporal termina en legal forma desde el mismo momento en que el usuario le informe verbal o por escrito que la labor y obra para la cual fue contratado ha terminado.

El presente contrato se firma ante testigos, en la ciudad delBAGUE en la fecha anotada en la primera pagina del presente contrato.

En mi calidad de trabajador hago constar que he leido a cabalidad las cláusulas del presente contrato manifestando mi absoluta conformidad con los términos de las mimas y para todos los efectos de su ejecución.

REPRESENTANTE LEGAL

EL TRABAJADOR

TESTIGO
C.C. 65.733.782

TESTIGO
C.C. 28.918.192

89

ARL | sura

Medellín, 30 de diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C45480960	ARZUZA MENDOZA ANA	31/12/2020		D2501551	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2020 16:50:07
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retro

Dirección IP: 190.146.54.236, 198.143.41.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/12/2020, el empleador TEMPORALES UNO A S.A. identificado con NIT número 809000876 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
3031710	30/12/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	45480960	ANA ARZUZA MENDOZA	2300000	ENFERMERA	2020-12-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Diciembre del año 2020.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

91

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL REGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

Comfenalco TOLIMA

1059000000162312

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	45480960	ARZUZA	MENDOZA	ANA		F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1968-08-11	Soltero ___ Separado ___ Viudo ___ Casado ___ Unión Libre X	Ninguno ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnológico ___ Profesional ___ Ninguno Profesión ___	Tipo: 4 Grado: %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CL 48 6 B 08	URBANIZACION RINCON DE PIEDRA DE ATA		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___		2644996	3112725538	anitadel.0811@hotmail.com

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos
		Viajes ___ Pintura ___ Música ___ Baile ___ Cine ___ Manualidades ___ Informática ___ Teatro ___

17. Deportes	18. Información Caja Anterior - No. NIT
Fútbol ___ Natación ___ Bolos ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Volleyball ___ Patinaje ___ Otros ___	Fecha de Retiro: Año Mes Día — Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada (Número Horas Mensual)	23. Sector (1 Urbano 2 Rural)

24. Salario	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	Aporte	25. Caja de Compensación
Fijo: Variable:				

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	1. Sexo F M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad Tipo: Grado: %	34. Fecha de Inicio de Afiliación	35. Nivel de Escolaridad Ninguno ___ Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Tecnológico ___ Profesional ___	Nombre Profesión

36. Trabaja S: No:	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Recibe subsidio S: No:

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario Fijo: Variable: $	Básico	Comisiones + Bonificaciones $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento TD	Documento Número	Nombres completos de beneficiarios 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M	Sexo F	Parentesco (Hijo 1, Padre 2, Madrastra 3, Padrastro 4, Hijastro 5, Hijastra 6, Hermano 7, Hermana 8, Abuelo 9, Abuela 10, Nieto 11, Nieta 12, Bisnieto 13, Bisnieta 14)	Fecha nacimiento Año Mes Día	Discapacidad (1 Física 2 Mental 3 Sensorial 4 Múltiple)	Subsidio otra CAJA
1	TI	1007409387	MONTANA	ARZUZA	MARIA	LUCIA		X	HIJA	2002-10-15	4	N
2												
3												
4												
5												

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Cc. Adtivo	52. Código Agencia
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada Semanal
2020-12-30	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario Fijo: Variable: N	Básico $ 2300000	Comisiones + Bonificaciones $ 0	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
			DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones

Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que la información suministrada en este formulario ha sido revisada por mí y es verídica. Autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que verifique la información suministrada en este formulario y para que la suministre a la empresa a la cual estoy afiliando. Declaro que la información suministrada en este formulario es verídica y la misma puede ser verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma del Trabajador

Fecha de Afiliación

Para uso exclusivo de Comfenalco Tolima

92

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a ANA ARZUZA MENDOZA identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía numero 45480960, se encuentra afiliado/a desde 17/06/1994 al Regimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

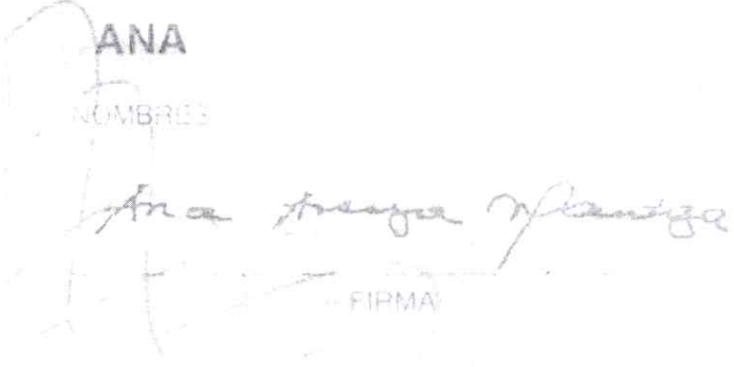
NUMERO 45.480.960

ARZUZA MENDOZA

APELLIDOS

ANA

NOMBRES



FIRMA





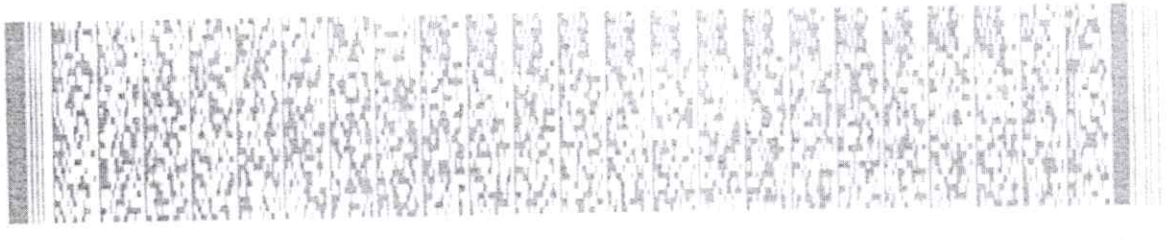
11-AGO-1968

CARTAGENA
(BOLIVAR)

1.65 O+ F

30-ENE-1987 CARTAGENA

INDICE DERECHO



94

servicompetentes S.A.S

900.378.855-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 30/Dic/2020, **Hora:** 08:16:10 a.m
Apellido: ARZUZA MENDOZA
Tipo Doc: CC
Empresa: TEMPORALES UNO A SA
Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL
Lugar:
Direccion: CALLE 61 6-08 PRADO ALTO
Telefono: **Celular:** 3112725538 **Email:** anitader0811@hotmail.com **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Tolima - Ibague

Nombre: ANA
Nro Identidad: 15480960

HC: # 15995
Edad: 52 años
Sexo: Femenino
Nacim: 11/Ago/1968
Rh: O+

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicacion ☐

Incluir en SVE:

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

1.Inducción En El Cargo. 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realizacion De Pausas Activas. 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Segun La Exposición, Higiene Postural Y De Columna. Hábitos Saludables. 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular. 6.osteomuscular no caso. 7. uso de medios de protección auditiva.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. LA HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA, LOS INFORMES SERÁN EXPEDIDOS CON AUTORIZACIÓN DEL TRABAJADOR, SALVO LOS CASOS EN QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS DE ANEXOS, EXAMENES PARACLINICOS ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LOS GENERO EN EL CASO DE LA CONSULTA CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL 2346/2007 Art 3o RESOL 1995/1999 Art. 17-1)

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 08531e2009

ANA ARZUZA MENDOZA
CC 15480960

INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre:	Ana Arzuza Mendoza	Edad	52 años
Dirección:	Calle 61 N. 68 – Pueblo Nuevo		
Barrio:	Pueblo Nuevo Mz 302	Teléfono	3112725538
Cargo al que aspira:	Enfermera.		
Lugar de nacimiento:	Cartagena		
Estado civil:	Union libre		

2. DATOS PERSONALES (¿Qué personas y/o Familiares residen en la vivienda y Cuál es su grupo familiar?)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO / EDAD	OCUPACIÓN/GRADO ESCOLAR	TELEFONO DE TRABAJO	TELEFONO DE LA CASA
Mariduvis Montaño	Hija 18 años	Estudiante	311 211 3783	7627688
Ana Carolina Alcazar	Hija 28 años	Medico.		7627688
Rodrigo Mora Orozco	Conyuge 50 años	Independiente		7627688

3. HISTORIA ACADÉMICA

Estudios realizados ULTIMO GRADO APROBADO:	Universitaria		
Institución:	Universidad de Cartagena		
Título obtenido:	Enfermera	Año	1990

4. HISTORIA LABORAL (los dos últimos empleos y/o actividades que ha realizado si es Independiente)

Empresa - Cargo desempeñado y funciones:	Alcaldia de Ibague. Enfermera Secretaría de Salud	2019 a 2020 Año		10M Tiempo	
Empresa -Cargo desempeñado y funciones	Alcaldia de Ibague Enfermera Secretaria de Salud	2018 Año		10 M. Tiempo	

INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL

¿Cuáles fueron sus FELICITACIONES Y LOGROS en los cargos que ha desempeñado?:

Implementación y Mantenimiento Sistemas de Información del programa Ampliado de Inmunizaciones

¿Cuáles son sus virtudes que te han dicho? Trabajo en equipo - Cumplimiento Responsabilidad.

¿Cuáles son sus defectos a mejorar que te han dicho?

5. HISTORIA FAMILIAR

¿Qué actividades que comparten con la familia? :	Deporte - Comida - Musica -
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?	Deporte -

¿Fuma?	SI ____ NO X	¿Bebe?	SI ____ NO X	Otro	

6. DATOS ADICIONALES

¿Ha tenido o tiene actualmente algún problema de salud? Si ____ NO X Cual? ____

7. CONDICIONES DE LA VIVIENDA (Favor marcar con (X) lo que se pregunta:

Casa		Apartamento			
Propia	X	Arrendada		Inquilinato	

°PREGUNTAS PARA ENTREVISTA PRE-EMPLEO DE SALUD OCUPACIONAL

1. En desarrollo de los trabajos en que se ha desempeñado, ¿ha presentado ACCIDENTES / INCIDENTES de trabajo? (si la respuesta es SI, se debe ampliar la pregunta solicitando indicar en qué fecha fue el accidente y/o incidente, así como las secuelas derivadas en tales eventos).

   NO

2. ¿Ha tenido cirugías durante el último año y/o tiene alguna programada?

   NO

3. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento?

   NO

¿Alguna información adicional que la empresa debe conocer?

La información consignada en esta entrevista es de carácter exclusivamente privado y para uso del proceso de selección de la empresa.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE Ana Arroyo Mendoza.

CONCEPTO:

TEMPORALES UNO-A S.A.

suministro de trabajadores en misión

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042779

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	GARCIA ARIAS ANGELA MARIA
No. IDENTIFICACION	38,363,786 IBAGUE Tel: 3155914481 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	CONJ CERRADO BOSQUE REAL B 2 EDF. 1 APT ONZAGA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 13 DE MARZO DE 1984

EPS: FAMISANAR EPS AFP: PROTECCION S.A. ARP: ARL SURA CTA: 07900044032 BANCOLOMBIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	5,300,000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	$30.000-AUX. DE COMUNICACIONES
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	EPIDEMIOLOGA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	APOYO SECRETARIA SALUD CONT 1684
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	30 DE DICIEMBRE DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	30 DE DICIEMBRE DE 2020

9e

Entre la E.S.T. EMPLEADORA y el TRABAJADOR EN MISION, de las condiciones civiles anotadas identificados como ya se señalo,hemos celebrado el presente contrato individual de trabajo contenido en las siguientes cláusulas a saber. PRIMERA- INFORMACION PREVIA AL TRABAJADOR EN MISION el TRABAJADOR EN MISION ha sido informado que TEMPORALES UNO A S.A. es una empresa cuyo objeto social es el de contratar la prestación de servicios con terceros beneficiarios, denominados USUARIOS, para colaborarles TEMPORALMENTE en el desarrollo de sus actividades mediante la la labor desarrollada por personas naturales, denominadas TRABAJADORES EN MISION contratadas directamente por TEMPORALES UNO-A S.A También se le ha comunicado que en desarrollo del objeto social mencionado TEMPORALES UNO-A S.A realiza su contratación con él. En los términos del presente contrato, la ley y el reglamento interno de trabajo tanto de TEMPORALES UNO-A S.A como de la empresa usuaria Se le ha hecho saber además que será empleado de la E.S.T. pero estará subordinado y recibirá órdenes de la USUARIA, referida en la primera página de este escrito, en los términos del presente contrato cuyo carácter temporal queda expresamente determinado por que se ha dado a conocer atrás y ha dejado trascrito el motivo que le da origen a la labor determinada, en los terminos del presente contrato. SEGUNDA - OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR EN MISION: éste ingresa al servicio de la E.S.T. empleadora a desempeñar el cargo indicado en el encabezamiento del presente contrato para ejecutar la obra o labor determinada también atrás anotada.Los compromisos del TRABAJADOR EN MISION son: a) Poner al servicio de la E.S.T. EMPLEADORA o de la USUARIA a la cual se remite, toda su capacidad normal de trabajo,en el desempeño de la funciones propias del cargo u oficio contratado atendiendo el motivo que le dio origen a la obra o labor determinada, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta la E.S.T. EMPLEADORA o la USUARIA por conducto de las personas autorizadas por ellas; b) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar,tiempo y condiciones que TEMPORALES UNO-A S.A. le señale; c) Cumplir con los horarios que le fije el usuario conforme a las necesidades del servicio; d) conservar rigurosamente la disciplina interna establecida por el USUARIO donde se remite el TRABAJADOR EN MISION;e) Cumplir con las recomendaciones dada por TEMPORALES UNO-A S.A sobre el comportamiento a seguir en la empresa usuaria.f) Guardar estricta reserva de todo lo que llegue a su conocimiento por razón de su oficio y cuya comunicación pudiera causar perjuicios al EMPLEADOR o a las personas o entidades en cuyos establecimientos trabaja; g) No atender durante las horas de trabajo asuntos y ocupaciones distintas a las que el USUARIO le ha encomendado; h) Utilizar debidamente y cuidar las máquinas, herramientas, utensilios, materia prima productos en proceso o terminados, instalaciones y demás bienes del establecimiento donde preste sus servicios y evitar todo daño o perdida que cause perjuicios a su propietario; i) Acatar los reglamentos de la empresa USUARIA y del EMPLEADOR. j) Aceptar los cambios en el desempeño del cargo u oficio convenido, siempre que no implique desmejora en sus condiciones de trabajo y no modifique la obra o labor contratada o el motivo que le dio origen a la misma; k) Acatar las normas sobre Salud Ocupacional y poner especial atención a todo lo referente a la seguridad industrial. l) Informar a TEMPORALES UNO A S.A oportunamente cualquier circunstancia o situación que pueda afectar alterar o modificar en algún sentido los elementos constitutivos de la presente TERCERA - LUGAR DE TRABAJO Y DE LA CONTRATATACION: el lugar de trabajo del empleado será el que se señaló en encabezamiento del presente contrato y la ciudad en la cual ha sido enganchado. también figura en la primera página de este convenio. lo anterior sin perjuicio de que las partes puedan convenir que el trabajo se preste en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones o de remuneración del trabajador . CUARTA - DURACION DEL CONTRATO: será por el termino que dura la realización de la obra o labor contratada a TEMPORALES UNO-A S.A. por la empresa USUARIA o beneficiaria de los servicios personales del TRABAJADOR EN MISION y en consecuencia este contrato terminará enel momento quela obra o labor determinada culmine locual comunicara el usuario al empleador En todo caso los primeros dos meses del presente contrato son periodo de prueba y por consiguiente cualquiera de las partes puede terminarlo unilateralmente, sin previo aviso y sin lugar a indemnización. QUINTA - SALARIO Y PERIODOS DE PAGO: el empleador pagara al trabajador en misión una remuneración equivalente a la suma que se anotó en la primera página de este contrato y será pagadera por los periodos que atrás se indicó. PARAGRAFO el empleador pagará la compensación monetaria por vacaciones y primas de servicios proporcional al tiempo laborado, cualquiera que ésta sea (Art. 76 Ley 50 de1990) SEXTA - AUTORIZACION PARA TRABAJO EXTRAORDINARIO DOMINICAL O FESTIVO:todo trabajo suplementario o en horas y en dias domingos o festivos en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor que según la Ley deba efectuarse así, debe autorizarlo un un representante del USUARIO (donde el trabajador presta sus servicios), mediante la inclusión en el respectivo reporte de tiempo; el EMPLEADOR en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en los dias de descanso legalmente obligatorios que no haya sido incluido en el reporte de tiempo de trabajo autorizado por las personas con facultad para ello designadas por el USUARIO. SEPTIMA - JORNADA: el trabajador en misión se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el USUARIO o a las personas autorizadas por este último, pudiendo hacer los ajustes o cambios de horarios cuando así lo estime conveniente. Podrán igualmente repartirse las horas de la jornada en la forma prevista en el Art. 25 de la Ley 50 de 1990 para no laborar los sabados. teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas, del mismo modo empleador y trabajador podrán acordar la jornada de trabajo prevista en el Art 27 de la ley 50 de 1990,para ello simplemente bastara la voluntad bilateral y consensual de las partes. OCTAVA - FALTAS GRAVES: constituyen faltas graves que dan lugar a la terminación del presente contrato de trabajo además de las señaladas en los Reglamentos del USUARIO o del EMPLEADOR, que hayan sido dados a conocer al TRABAJADOR EN MISIÓN,las siguientes.a)Violación por parte del trabajador de sus obligaciones legales contractuales o reglamentarias; b) La inasistencia puntual al trabajo sin excusa suficiente al juicio del EMPLEADOR o de las personas autorizadas por èste, por dos veces; c)La revelación de secretos y datos reservados de la empresa o del establecimiento donde trabaje; d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de bebidas alcohólicas, alucinógenas, narcoticas o estupefacientes o ingiera cualquier dosis de las mismas en el sitio de trabajo aun por primera vez; e)El hecho de que el TRABAJADOR EN MISION abandone el sitio de trabajo sin permiso de las personas que tiene a su cargo la disciplina del establecimiento o zona de trabajo. f) La inasistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo o mas sin excusa suficiente a juicio del EMPLEADOR; g) La pugnacidad, desavenencia o falta de entendimiento del TRABAJADOR EN MISION con alguna de las personas que laboren en el mismo establecimiento o zona que lesione la marcha armonica de las labores. h) El no aceptar las asignaciones de trabajo de la empresa usuaria. i) Retirar de las oficinas, archivos o almacenes documentos, elementos o materiales o dar a conocer cualquier documento sin autorizacion expresa para ello, j) y general las consagradas en el articulo 7 del decreto 2351de 1965. NOVENA - PAGOS QUE NO CONSTITUYEN SALARIOS PARA EFECTOS PRESTACIONALES: Las partes acuerdan que los pagos señalados en la primera pagina de este contrato, bajo el titulo "OTROS PAGOS SALARIALES" no constituyen salario para efectos prestaciones toda vez que se trata de auxilios o beneficios en dinero o en especie de carácter extralegal que el EMPLEADOR reconoce o paga al TRABAJADOR EN MISION.PARAGRAFO Tampoco constituye salario cualquier prima extralegal habitación,alimentacion o vestuario que durante la vigencia del contrato pudiera reconocer en el futuro el EMPLEADOR o el USUARIO al TRABAJADOR EN MISIÓN en dinero o en especie. DECIMA - CONTRATOS ANTERIORES: Las partes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato que es único vigente entre ellas, reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito con anterioridad. DECIMA PRIMERA - DIRECCIÓN NOTIFICACIONES AL TRABAJADOR EN MISIÓN:La Dirección de la residencia informada por el TRABAJADOR EN MISION para ser anotada en sus hoja de vida es el lugar para notificaciones y toda información enviada a tal dirección se entiende hecha debidamente. No obstante, el trabajador se obliga informar inmediatamente al empleador cualquier cambio de domicilio o lugar de residencia para todos los efectos pertinentes. DECIMA SEGUNDA: Las Invenciones o descubrimientos realizados por el TRABAJADOR contratado para investigar pertenecen al empleador, de conformidad con el articulo 593 del Código de Comercio,así como en los articulos 20 y concordantes de LEY 23 de 1982 sobre derechos de autor DECIMA TERCERA: El trabajador entiende y acepta que la causa o materia única de su contrato es la necesidad del servicio de la empresa usuaria. Por lo tanto, su relación laboral con la Temporal termina en legal forma desde el mismo momento en que el usuario le informe verbal o por escrito que la labor y obra para la cual fue contratado ha terminado.

El presente contrato se firma ante testigos, en la ciudad delBAGUE en la fecha anotada en la primera página del presente contrato.

En mi calidad de trabajador hago constar que he leido la cabalidad las clausulas del presente contrato manifestando mi absoluta conformidad con los terminos de las mimas y para todos los efectos de su ejecución.

REPRESENTANTE LEGAL

TESTIGO
C.C. 25.733.737

EL TRABAJADOR

TESTIGO
C.C. 28.151.172

ARL | sura

Medellín, 30 de diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase: 5		Porcentaje Cotización	6.96 %
C38363786	GARCIA ARIAS ANGELA MARIA	31/12/2020		23621510	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2020 12:46:29
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 198.143.41.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

100

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9007269326

20822436

04 01 2021

X

GARCIA ARIAS ANGELA MARIA

CC 38363786 X 13 03 1984

$5.300.000

TEMPORALES UNO A SA
CRA 7 14 26 P 3

NT NT 809000876 IBAGUE TOLIMA

X

30 12 2020

CARGO: TECNICO EN BACTERIOLOGIA

101

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000162276

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo: F / M
CC	38363786	GARCIA ARIAS	ANGELA MARIA			X

5. Fecha de Nacimiento: Año Mes Día	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1984-03-13	Soltero X, Separado, Viudo, Casado, Unión Libre	Ninguno, Bachillerato, Tecnológico, Profesional, Primaria, Técnico, Ninguno Profesión	Tipo, Grado, %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CR 4 B 32 07	CADIZ		

10. Tipo de Vivienda: Propia, Alquilada, Familiar	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
		2653164	3155914481	ALEGNA1305@HOTMAIL.COM

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento: Año Mes Día	16. Pasatiempos: Viajes, Pintura, Música, Danza, Cine, Manualidades, Informática, Teatro

17. Deportes: Fútbol, Natación, Bolos, Baloncesto, Tennis, Volleyball, Patinaje, Otros	18. Información Caja anterior - Servicio: Fecha de Ingreso: Año Mes Día; Fecha de Retiro: Año Mes Día

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el moduloVI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada: Tiempo Completo, Medio Tiempo	23. Sector: Rural, Urbano

24. Salario: Fijo, Variable	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Cónyuge o compañero(a) permanente

27. Cónyuge, Compañero(a)	28. T.D.	29. Número:	30. 1er Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo: F / M

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad: Tipo, Grado, %	34. Fecha de Inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad: Ninguno, Bachiller, Tecnólogo, Primaria, Técnico, Profesional	Nombre Profesión

36. Trabaja: Si, No	37. T.D	38. Nit	39. Razón Social	40. Fecha Ingreso: S / No

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario: Básico, Fijo, Variable $	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido, 2do. Apellido, 1er. Nombre, 2do. Nombre	Sexo: M, F	Parentesco	Fecha nacimiento: Año, Mes, Día	Única persona	Jornada: Mañana, Tarde
1								
2								
3								
4								
5								

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Actividad	52. Cargo Ficha
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada: Número horas Semanal	
2020-12-30	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS		240

57. Salario: Fijo, Variable N, Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	58. Tipo Vinculación	59. % Aportes
5300000	0	DEPENDIENTE CAJA	CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad del juramento declaro que la información aquí consignada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos aportados son auténticos y fidedignos, serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima. Mediante la presente autorizo a la empresa mi empleador, Autorizo dicha información sea verificada en el momento por COMFENALCO TOLIMA

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

Firma y C.C. del Trabajador

Fecha Radicación: 2020-12-30

Firma y Sello de recibido en Comfenalco Estival

102

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA ARIAS ANGELA MARIA** identificado(a) con **CC** número **38.363.786** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de diciembre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

103

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.363.786

GARCIA ARIAS
APELLIDOS

ANGELA MARIA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1984

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

09-JUL-2002 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00153587-F-0038363786-20090325 0010507811A 1 6360002662

Servicompetentes S.A.S

900.378.655-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 30/Dic/2020, **Hora:** 07:49:06 a.m.
Apellido: GARCIA ARIAS
Nombre: ANGELA MARIA
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 38363786
Empresa: TEMPORALES UNO A SA
Cargo: EPIDEMIOLOGA
Lugar:
Direccion: CONJ BOSQUE REAL BLOQ 2 EDF 1 APTO 402
Telefono: **Celular:** 3155914481 **Email:** alegna1305@hotmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibague

HC: # 15987
Edad: 36 años
Sexo: Femenino
Nacim: 13/Mar/1984
Rh: B+

Exámenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen Periódico

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Médico para Examen de Reubicación

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicacion ☐

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente ☐ Retiro con Patología para seguimiento en EPS ☐ ARL ☐

Cual:

Concepto Médico para Examen de Egreso

1.Inducción En El Cargo. 2. Se Dan Recomendaciones Sobre Realizacion De Pausas Activas. 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables, Manejo Adecuado De Cargas. 5. Bajar De Peso Dieta Balanceada Uso De Protector Solar. Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular 6. Seguimiento O Valoracion Nutrición De La Eps 7. Osteomuscular No Caso.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO. LA HISTORIA CLINICA MÉDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE LA INFORMACION ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES Y EVALUACIONES PARACLINICAS, ESTARA A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO CON EL FIN DE LA ATENCION, CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES (RESOLUCION 1995 DE 1999 Art. 17-1)

Gloria Cuentas M.
Medico S.S.O.
Reg.
C.C.

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre de 2015
Registro #: 085316/2009

ANGELA MARIA GARCIA ARIAS
CC 38363786

INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL

¿Cuáles fueron sus FELICITACIONES Y LOGROS en los cargos que ha desempeñado?:

Manejo de personal de forma idonea y puntual

¿Cuáles son sus virtudes que te han dicho? Responsable, Respetuosa

¿Cuáles son sus defectos a mejorar que te han dicho?

Acelerada

5. HISTORIA FAMILIAR

¿Qué actividades que comparten con la familia? :	Religiosas
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?	Ejercicio

¿Fuma?	SI ____ NO X	¿Bebe?	SI ____ NO X	Otro	Ninguno

6. DATOS ADICIONALES

¿Ha tenido o tiene actualmente algún problema de salud?	Si ____	NO X	Cual? ____

7. CONDICIONES DE LA VIVIENDA (Favor marcar con (X) lo que se pregunta:

Casa		Apartamento	X		
Propia		Arrendada	X	Inquilinato	

°PREGUNTAS PARA ENTREVISTA PRE-EMPLEO DE SALUD OCUPACIONAL

1. En desarrollo de los trabajos en que se ha desempeñado, ¿ha presentado ACCIDENTES / INCIDENTES de trabajo? (si la respuesta es SI, se debe ampliar la pregunta solicitando indicar en qué fecha fue el accidente y/o incidente, así como las secuelas derivadas en tales eventos).

   No

2. ¿Ha tenido cirugías durante el último año y/o tiene alguna programada?

   No

3. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento?

   No

¿Alguna información adicional que la empresa debe conocer? Ninguna

La información consignada en esta entrevista es de carácter exclusivamente privado y para uso del proceso de selección de la empresa.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE Angela Maria Garcia Arias

CONCEPTO:

INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre:	Angel Mario Cerus Arias	Edad	36
Dirección:	Cra. Cerrado bosque real Bloque 2 Ed. 11 Ap 402		
Barrio:	Ondas	Teléfono	3155414481
Cargo al que aspira:	Epidemiologo		
Lugar de nacimiento:	Ibague		
Estado civil:	Soltero		

2. DATOS PERSONALES (¿Qué personas y/o Familiares residen en la vivienda y Cuál es su grupo familiar?)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO / EDAD	OCUPACIÓN/GRADO ESCOLAR	TELEFONO DE TRABAJO	TELEFONO DE LA CASA

3. HISTORIA ACADÉMICA

Estudios realizados ULTIMO GRADO APROBADO:	Especialización Epidemiología		
Institución:	Universidad del Tolima		
Título obtenido:	Epidemiología	Año	

4. HISTORIA LABORAL (los dos últimos empleos y/o actividades que ha realizado si es Independiente)

Empresa - Cargo desempeñado y funciones:	Secretaria de Salud Municipal	Año	2020	Tiempo	3 meses
Empresa -Cargo desempeñado y funciones	Salud vida EPS	Año	2019 - 2020	Tiempo	16 meses

TEMPORALES UNO-A S.A.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACION POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA

IB-042774

DATOS DE LA E.S.T. EMPLEADORA

NOMBRE DE LA EMPRESA	:TEMPORALES UNO-A S.A.
DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCION	:IBAGUE, CRA 7 # 14-26 PISO 3
NIT	:809.000.876-1
REPRESENTANTE LEGAL	:NOLLY MERCEDES BELTRAN GALEANO
C.C.	:38.260.480 DE IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE	CORREA TELLO KAREN JAISURE
No. IDENTIFICACION	38.143.681 IBAGUE Tel: 3012086395 Contrato:01
DOMICILIO Y RESIDENCIA	AV AMBALA NO. 90-04 CS 20 ARROYUELOS BARRIO UNICO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	IBAGUE, 13 DE FEBRERO DE 1981

EPS: SANITAS EPS AFP: PORVENIR S.A ARP: ARL SURA CTA: 42231719401 BANCOLOMBIA

DATOS PARA LA CONTRATACION

LUGAR DE TRABAJO	IBAGUE
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	IBAGUE
SALARIO	5.300.000 Mensual
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	0
OTROS PAGOS SALARIALES	0.00
OTROS PAGOS NO SALARIALES	$30.000-AUX. DE COMUNICACIONES
PERIODOS DE PAGO DEL SALARIO	MENSUAL
CARGO PARA EL CUAL ES CONTRATADO	EPIDEMIOLOGA
OBRA O LABOR DETERMINADA PARA LA CUAL SE CONTRATA	APOYO SECRETARIA SALUD CONT.1684
MOTIVO QUE DA ORIGEN A LA OBRA O LABOR	PLAN APOYO OPERATIVO
USUARIA A DONDE SE REMITE EL TRABAJADOR	MUNICIPIO DE IBAGUE
FECHA DE INICIO DE LABORES	30 DE DICIEMBRE DE 2020
FECHA FIRMA DEL CONTRATO	30 DE DICIEMBRE DE 2020

106

Entre la E.S.T. EMPLEADORA y el TRABAJADOR EN MISION, de las condiciones civiles anotadas,identificados como ya se señaló,hemos celebrado el presente contrato individual de trabajo contenido en las siguientes cláusulas a saber: PRIMERA- INFORMACION PREVIA AL TRABAJADOR EN MISION: el TRABAJADOR EN MISION ha sido informado que TEMPORALES UNO A S.A. es una empresa cuyo objeto social es el de contratar la prestación de servicios con terceros beneficiarios, denominados USUARIOS, para colaborarles TEMPORALMENTE en el desarrollo de sus actividades mediante la labor desarrollada por personas naturales, denominadas TRABAJADORES EN MISION, contratadas directamente por TEMPORALES UNO-A S.A. También se le ha comunicado que en desarrollo del objeto social mencionado TEMPORALES UNO-A S.A. realiza su contratación con él. En los términos del presente contrato, la ley y el reglamento interno de trabajo tanto de TEMPORALES UNO-A S.A., como de la empresa usuaria. Se le ha hecho saber además que será empleado de la E.S.T.,pero estará subordinado y recibirá órdenes de la USUARIA, referida en la primera página de este escrito, en los términos del presente contrato cuyo carácter temporal queda expresamente determinado por que se ha dado a conocer atrás y ha dejado trascrito el motivo que le da origen a la labor determinada, en los términos del presente contrato. SEGUNDA - OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR EN MISION: éste ingresa al servicio de la E.S.T. empleadora a desempeñar el cargo indicado en el encabezamiento del presente contrato para ejecutar la obra o labor determinada también atrás anotada.Los compromisos del TRABAJADOR EN MISION son: a) Poner al servicio de la E.S.T. EMPLEADORA o de la USUARIA a la cual se remite toda su capacidad normal de trabajo,en el desempeño de la funciones propias del cargo u oficio contratado atendiendo el motivo que le dio origen a la obra o labor determinada, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta la E.S.T. EMPLEADORA o la USUARIA por conducto de las personas autorizadas por ellas. b) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar,tiempo y condiciones que TEMPORALES UNO-A S.A. le señale; c) Cumplir con los horarios que le fije el usuario conforme a las necesidades del servicio; d) conservar rigurosamente la disciplina interna establecida por el USUARIO donde se remite el TRABAJADOR EN MISION;e) Cumplir con las recomendaciones dada por TEMPORALES UNO-A S.A sobre el comportamiento a seguir en la empresa usuaria.f) Guardar estricta reserva de todo lo que llegue a su conocimiento por razón de su oficio y cuya comunicación pudiera causar perjuicios al EMPLEADOR o a las personas o entidades en cuyos establecimientos trabaja; g) No atender durante las horas de trabajo asuntos y ocupaciones distintas a las que el USUARIO le ha encomendado; h) Utilizar debidamente y cuidar las máquinas herramientas, utensilios, materia prima,productos en proceso o terminados, instalaciones y demás bienes del establecimiento donde preste sus servicios y evitar todo daño o pérdida que cause perjuicios a su propietario. i) Acatar los reglamentos de la empresa USUARIA y del EMPLEADOR. j) Aceptar los cambios en el desempeño del cargo u oficio convenido siempre que no implique desmejora en sus condiciones de trabajo y no modifique la obra o labor contratada o el motivo que le dio origen a la misma; k) Acatar las normas sobre Salud Ocupacional y poner especial atención a todo lo referente a la seguridad industrial. l) Informar a TEMPORALES UNO A S.A. oportunamente cualquier circunstancia o situación que pueda afectar, alterar o modificar en algún sentido los elementos constitutivos de la presente TERCERA - LUGAR DE TRABAJO Y DE LA CONTRATATACION: el lugar de trabajo del empleado será el que se señaló en encabezamiento del presente contrato y la ciudad en la cual ha sido enganchado, también figura en la primera página de este convenio, lo anterior sin perjuicio de que las partes puedan convenir que el trabajo se preste en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones o de remuneración del trabajador . CUARTA - DURACION DEL CONTRATO: será por el término que dura la realización de la obra ó labor contratada a TEMPORALES UNO-A S.A. por la empresa USUARIA o beneficiaria de los servicios personales del TRABAJADOR EN MISION y en consecuencia este contrato terminará enel momento quela obra o labor determinada culmine locual comunicara el usuario al empleador En todo caso los primeros dos meses del presente contrato son periodo de prueba y por consiguiente cualquiera de las partes puede terminarlo unilateralmente, sin previo aviso y sin lugar a indemnización. QUINTA - SALARIO Y PERIODOS DE PAGO: el empleador pagará al trabajador en misión una remuneracion equivalente a la suma que se anotó en la primera página de este contrato y será pagadera por los periodos que atrás se indicó. PARAGRAFO: el empleador pagará la compensación monetaria por vacaciones y primas de servicios proporcional al tiempo laborado, cualquiera que ésta sea (Art. 76 Ley 50 de1990). SEXTA - AUTORIZACION PARA TRABAJO EXTRAORDINARIO DOMINICAL O FESTIVO:todo trabajo suplementario o en horas y en días domingos o festivos en los que legalmente debe concederse descanso, mientras no sea labor que según la Ley deba efectuarse así, debe autorizarlo un un representante del USUARIO (donde el trabajador presta sus servicios), mediante la inclusion en el respectivo reporte de tiempo el EMPLEADOR en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en los días de descanso legalmente obligatorios que no haya sido incluido en el reporte de tiempo de trabajo autorizado por las personas con facultad para ello designadas por el USUARIO. SEPTIMA - JORNADA: el trabajador en misión se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por el USUARIO o a las personas autorizadas por este último pudiendo hacer los ajustes o cambios de horarios cuando así lo estime conveniente. Podrán igualmente repartirse las horas de la jornada en la forma prevista en el Art. 25 de la Ley 50 de 1990 para no laborar los sábados teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas, del mismo modo empleador y trabajador podrán acordar la jornada de trabajo prevista en el Art.27 de la ley 50 de 1990,para ello simplemente bastara la voluntad bilateral y consensual de las partes. OCTAVA - FALTAS GRAVES: constituyen faltas graves que dan lugar a la terminación del presente contrato de trabajo además de las señaladas en los Reglamentos del USUARIO o del EMPLEADOR que hayan sido dados a conocer al TRABAJADOR EN MISIÓN las siguientes:a)Violación por parte del trabajador de sus obligaciones legales, contractuales o reglamentarias; b) La inasistencia puntual al trabajo sin excusa suficiente al juicio del EMPLEADOR o de las personas autorizadas por este, por dos veces; c)La revelación de secretos y datos reservados de la empresa o del establecimiento donde trabaje; d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de bebidas alcohólicas, alucinógenas, narcoticas o estupefacientes o ingiera cualquier dosis de las mismas en el sitio de trabajo, aun por primera vez; e)El hecho de que el TRABAJADOR EN MISION abandone el sitio de trabajo sin permiso de las personas que tiene a su cargo la disciplina del establecimiento o zona de trabajo; f) La inasistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo o más sin excusa suficiente a juicio del EMPLEADOR; g) La pugnacidad, desavenencia o falta de entendimiento del TRABAJADOR EN MISION con alguna de las personas que laboren en el mismo establecimiento o zona que lesione la marcha armónica de las labores; h) El no aceptar las asignaciones de trabajo de la empresa usuaria; i) Retirar de las oficinas, archivos o almacenes documentos, elementos o materiales o dar a conocer cualquier documento sin autorización expresa para ello, j) y general las consagradas en el articulo 7 del decreto 2351de 1965. NOVENA - PAGOS QUE NO CONSTITUYEN SALARIOS PARA EFECTOS PRESTACIONALES: Las partes acuerdan que los pagos señalados en la primera página de este contrato, bajo el titulo "OTROS PAGOS SALARIALES" no constituyen salario para efectos prestaciones toda vez que se trata de auxilios o beneficios en dinero o en especie de caracter extralegal que el EMPLEADOR reconoce o paga al TRABAJADOR EN MISION.PARAGRAFO:Tampoco constituye salario cualquier prima extralegal,habitación,alimentacion o vestuario que durante la vigencia del contrato pudiera reconocer en el futuro el EMPLEADOR o el USUARIO al TRABAJADOR EN MISION en dinero o en especie. DECIMA - CONTRATOS ANTERIORES: Las partes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato que es único vigente entre ellas, reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito con anterioridad. DECIMA PRIMERA - DIRECCIÓN NOTIFICACIONES AL TRABAJADOR EN MISION:La Direccion de la residencia informada por el TRABAJADOR EN MISION para ser anotada en sus hoja de vida es el lugar para notificaciones y toda información enviada a tal direccion se entiende hecha debidamente. No obstante el trabajador se obliga informar inmediatamente al empleador cualquier cambio de domicilio o lugar de residencia para todos los efectos pertinentes. DECIMA SEGUNDA: Las Invenciones o descubrimientos realizados por el TRABAJADOR contratado para investigar pertenecen al empleador de conformidad con el articulo 593 del Código de Comercio,asi como en los artículos 20 y concordantes de LEY 23 de 1982 sobre derechos de autor. DECIMA TERCERA: El trabajador entiende y acepta que la causa o materia única de su contrato es la necesidad del servicio de la empresa usuaria. Por lo tanto su relación laboral con la Temporal termina en legal forma desde el mismo momento en que el usuario le informe verbal o por escrito que la labor y obra para la cual fue contratado ha terminado.

El presente contrato se firma ante testigos, en la ciudad delIBAGUE en la fecha anotada en la primera página del presente contrato.

En mi calidad de trabajador hago constar que he leido a cabalidad las clausulas del presente contrato manifestando mi absoluta conformidad con los términos de las mimas y para todos los efectos de su ejecución.

REPRESENTANTE LEGAL

TESTIGO
C.C. 25.723.787

KAREN J. CORREA T.
EL TRABAJADOR

TESTIGO
C.C. 28.15172

ARL | sura

Medellín, 30 de diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TEMPORALES UNO A S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0800113389 MUNICIPIO DE IBAGUE	Clase 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C38143681	CORREA TELLO KAREN JAISURE	31/12/2020		20313mf2	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliacion del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A asi como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/12/2020 11:18:35.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.54.236, 198.143.41.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha (dd/mm/aaaa)

136334046

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado Adicional / B. Conyugue / C. Compañero(a) / D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del afiliado cotizante o beneficiario)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Correa | Segundo Apellido: Tello | Primer Nombre: Karen | Segundo Nombre: Daisure

7. Tipo de documento de identidad: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC
8. Número del documento de identidad: 38.143.681
9. Sexo: F / M
10. Fecha de nacimiento: 13/01/1984

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 5'300.000

18. Residencia
Dirección: Avenida Ambala nro 90-04 Cra 10 Arroyabe
Teléfono Fijo: 3012086395
Teléfono Celular: 3012086395
Correo Electrónico:
Municipio / Distrito: Ibague
Zona: Urbana / Rural
Localidad / Comuna:
Área: Rural

III. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC
21. Número del documento de identidad
23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P	32. Datos de Residencia: Municipio / Distrito	Zona	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M T P		Urbana Rural		
B2		F N M T P		Urbana Rural		
B3		F N M T P		Urbana Rural		
B4		F N M T P		Urbana Rural		
B5		F N M T P		Urbana Rural		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C: EPS sanitas Modulo Ibague - Tadima Ibague Salud One I
B:
A:
B:

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

35. Nombre o razón social: Terminales uno A

36. Tipo documento de Identificación: NIT / TI / CE / CC / PA / CD

37. Número del documento de Identificación: 809.000.876

38. Ubicación
Dirección: Cra 7 No 14-26 p.50 3

Teléfono Fijo: 7616822

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Ibague

Departamento: Tolima

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de 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
- [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
  - [ ] C. Mismo Régimen
  - [ ] D. Diferente Régimen

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC

Número del documento de identidad:

Sexo: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento:

42. Fecha: 30/12/2020

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado
Código:

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga información
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico

VII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
Karen Jaesune Cano Tello

55. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad (CN RC TI CC PA CD SC)
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la entidad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declaró el divorcio, sentencia judicial que decretó la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declaró la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. 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
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste el proceso de afiliación de oficio

VIII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD RECEPTORA

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio: | Código del Departamento:

67. Datos del ESTADO
Número:

Fecha de Radicación:

68. Fecha de Validación:

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre:

Tipo de documento:

Número de documento de identidad:

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

E.P.S. Sanitas
OFICINA IBAGUE
Recibido por: Ana Flórez Valle

Recuerde que con la firma del formulario se allegan en forma legible todos los documentos relacionados en el Capítulo VII del presente anexo.

Nombre, identificación y firma del Ejecutivo Comercial:
Ana Flórez Valle Cano

Sello de radicación
Fecha: 30/12/20 Hora: 8:45 A.M. Consecutivo

65.767.822

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL REGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES
NIT. 890.700.148-4

1059000000162259

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. Información del Trabajador

Identificación

1. T.D.	2. Número:	3. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	4. Sexo
CC	38143681	CORREA	TELLO	KAREN	JAISURE	F X M

5. Fecha de Nacimiento (Año Mes Día)	6. Estado Civil	7. Nivel de Escolaridad	8. Discapacidad
1981-02-13	Soltero ___ Separado ___ Viudo ___ Casado X Unión Libre ___	Ninguno ___ Bachillerato ___ Tecnológico ___ Profesional ___ Primaria ___ Técnico ___ Nombre Profesión ___	Tipo ___ Grado ___ %

9. Dirección de residencia	Barrio	Municipio	Departamento
CA 20 BRR LOS ARROYUELOS	IBAGUE		

10. Tipo de Vivienda	11. Estrato	12. Teléfono	13. Celular	14. Correo Electrónico
Propia ___ Alquilada ___ Familiar ___		2776340	3012086395	KAISURE@YAHOO.ES

15. Pasaporte No.	Fecha de Vencimiento (Año Mes Día)	16. Pasatiempos: Viajar ___ Pesca ___ Música ___ Baile ___ Arte ___ Manualidades ___ Informática ___ Teatro ___

17. Deportes: Fútbol ___ Natación ___ Bolos ___ Baloncesto ___ Tenis ___ Volleyball ___ Patinaje ___ Otros ___	18. Información Caja anterior: Nombre ___ Fecha de ingreso: Año ___ Mes ___ Día ___ Fecha de Retiro: Año ___ Mes ___ Día ___

II. Otro Empleador (Solo en caso de que labore en una Empresa Diferente a la que reporta en el módulo VI)

19. T.D.	20. NIT	DV	21. Razón Social	22. Jornada: Número horas Mensual	23. Sector: Rural ___ Urbano ___

24. Salario: Fijo ___ Variable ___	Básico $	Comisiones + Bonificaciones $	25. Cargo	26. Caja de Compensación

III. Información del Conyuge o compañero(a) permanente

27. Conyuge X Compañero(a)	28. T.D.	29. Número	30. 1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	31. Sexo
	CC	93392376	GUTIERREZ	LA ROTTA	LUIS	JAIME	F ___ M X

32. Fecha de Nacimiento	33. Discapacidad: Tipo ___ Grado ___ %	34. Fecha de inicio de relación marital	35. Nivel de Escolaridad: Ninguno ___ Bachiller ___ Tecnólogo ___ Primaria ___ Técnico ___ Profesional ___	Nombre Profesión
1973-12-28				

36. Trabaja: SI ___ NO ___	37. T.D.	38. Nit.	39. Razón Social	40. Reside conyuge: SI ___ NO X

41. Caja de Compensación	42. Horas Trabajadas	43. Salario: Básico ___ Fijo ___ Variable $ ___	Comisiones + Bonificaciones $ ___	44. Cargo

IV. Datos del Grupo Familiar

45.	Documento: TD	Documento: Número	Nombres completos de beneficiarios: 1er. Apellido / 2do. Apellido / 1er. Nombre / 2do. Nombre	Sexo M/F	Parentesco	Fecha nacimiento: Año	Día	Discapacidad	Subsidio pagado
1	TI	1005814781	VALENCIA CORREA MARIA JOSE	F	HIJA	2003-03-29	4		N
2	RC	1104549423	GUTIERREZ CORREA LUIS ANDRES	M	HIJO	2012-06-05	4		N
3									
4									
5									

V. Escolaridad

	Número Documento	Nombre Institución donde estudia	Nivel de escolaridad	Calendario	Grado
1					
2					
3					
4					

VI. Información Laboral

47. T.D.	48. NIT	DV	49. Razón Social	50. Sucursal	51. Tip. Aportes	52. Codigo Nomina
NI	809000876		TEMPORALES UNO A S A	1	00	

53. Fecha de ingreso a la Empresa	54. Tipo de Contrato	55. Cargo	56. Jornada: Número horas Semanal
2020-12-30	MISION	OTRO PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS	240

57. Salario: Fijo ___ Variable N	Básico $ 5300000	Bonificaciones $ 0	Tipo Cotiz. 00 DEPENDIENTE CAJA	58. % Aportes CAJA UNIFICADO

Observaciones:

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada en este formulario ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan la misma serán para el uso exclusivo de Comfenalco Tolima, motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador. Autorizo que la información aquí registrada sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO TOLIMA.

Fecha Radicación: 2020-12-30

Firma Autorizada y Sello de la Empresa

KAREN J. CORREA T.
38143681

Firma y Sello Comfenalco Tolima

113

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:

KAREN JAISURE CORREA TELLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **38.143.681**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2020.

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.143.681
CORREA TELLO
APELLIDOS
KAREN JAISURE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1981
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

08-MAR-1999 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

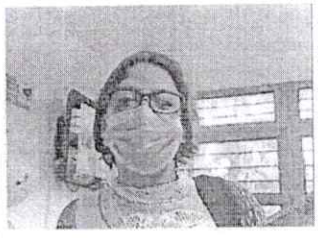
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00336142-F-0038143681-20110917 0028097841A 1 1151494613

Servicompetentes S.A.S

Servicompetentes S.A.S
900.378.055-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 30/Dic/2020. **Hora:** 07:35:24 a.m.
Apellido: CORREA TELLO
Tipo Doc: CC
Empresa: TEMPORALES UNO A SA
Cargo: EPIDEMIOLOGA
Lugar:
Nombre: KAREN JAISURE
Nro Identidad: 38143681

HC: # 15982
Edad: 39 años
Sexo: Femenino
Nacim: 13/Feb/1981
Rh: A+

Direccion: AV AMBALA 90-04 CASA 20 CLUB RESIDENCIAL LO ARROYUELOS
Telefono: **Celular:** 3012086394 **Email:** kjcorrea@ut.edu.co **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Tolima - Ibague

Examenes Realizados

Serologia II, Examen Medico Ocupacional de Ingreso, Osteomuscular

Concepto Medico para Examenes de Ingreso

Cumple sin restricciones ☑ Cumple con restricciones ☐
Cual:

Concepto Medico para Examenes

Apto ☐ Aplazado ☐ No Apto ☐

Concepto Medico de Restricciones

Puede continuar con su labor ☐ Requiere reubicacion ☐
Incluir en SVE:

Concepto Medico para Examenes

Retiro sin Patologia aparente ☐ Retiro con Patologia para seguimiento en: EPS ☐ ARL ☐
Cual:

Concepto Medico

1.Inducción En El Cargo. 2.Se Dan Recomendaciones Sobre Realizacion De Pausas Activas. 3.Ejercicio Fisico 3 Veces Por Semana. 4. Utilizar Epp Según La Exposición, Higiene Postural Y De Columna, Hábitos Saludables. 5. Dieta Balanceada Uso De Protector Solar, Ropa Adecuada Para El Cargo, Fortalecimiento Muscular. 6. osteomuscular no caso.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.
LA HISTORIA CLINICA MEDICA OCUPACIONAL, ES UN DOCUMENTO SOMETIDO A RESERVA DE INFORMACIÓN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LA CUSTODIA DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS, ESTARÁ A CARGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL QUE LA GENERO. EN EL CASO DE LA ATENCIÓN CUMPLIENDO LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS DE ARCHIVO DE ACUERDO A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES PARA LA HISTORIA CLINICA (RESOL 2346/2007 Art 16 RESOL 1918/2009 Art 17-1)

Gloria Maria Cuentas Mojica
Medico S.O
Reg. 0853...
U. del S...

GLORIA MARIA CUENTAS MOJICA
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 024650 del 24 Diciembre ...
Registro #: 085316 2009

KAREN CORREA

KAREN JAISURE CORREA TELLO
CC 38143681

116

INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS DEL ASPIRANTE

Nombre:	KAREN JAISURE CORREA TELLO	Edad	39 años
Dirección:	AV. Ambalá #90-04 Casa 20		
Barrio:	Club Residencial los Amoyuelos	Teléfono	3012086395
Cargo al que aspira:	Epidemióloga Secretaria Municipal de Ibagué		
Lugar de nacimiento:	Ibagué (Tolima)		
Estado civil:	Soltera		

2. DATOS PERSONALES (¿Qué personas y/o Familiares residen en la vivienda y Cuál es su grupo familiar?)

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO / EDAD	OCUPACIÓN/GRADO ESCOLAR	TELEFONO DE TRABAJO	TELEFONO DE LA CASA
Mª José Valencia Correa	Hija / 17 años	Estudiante / univers.	3006500950	
Luis Andres Gutiérrez Correa	Hijo / 8 años	Estudiante / Primaria	-	2776340

3. HISTORIA ACADÉMICA

Estudios realizados ULTIMO GRADO APROBADO:	Maestria en Enfermeria Con énfasis en Cardiovascular		
Institución:	Universidad Nacional de Colombia		
Título obtenido:	Magister en enfermeria	Año	2015

4. HISTORIA LABORAL (los dos últimos empleos y/o actividades que ha realizado si es Independiente)

Empresa - Cargo desempeñado y funciones:	Alcaldia de Ibagué Epidemióloga Vigilancia en Salud Pública	Año	2020	Tiempo	6.5 meses
Empresa -Cargo desempeñado y funciones	Centro de estudios avanzados en niñez y juventud CINDE Investigadora	Año	2019	Tiempo	12 meses

	INFORMACION BASICA ASPIRANTE PARA ENTREVISTA INICIAL	

¿Cuáles fueron sus FELICITACIONES Y LOGROS en los cargos que ha desempeñado?:
Cumplimiento de responsabilidades del cargo. Desarrollo de propuesta en el marco del proyecto investigativo Comunitario, publicación de resultados

¿Cuáles son sus virtudes que te han dicho?
Organización, Proactividad y responsabilidad.
¿Cuáles son sus defectos a mejorar que te han dicho? Que debo delegar un poco más.

5. HISTORIA FAMILIAR

¿Qué actividades que comparten con la familia? :	Alimentación, juegos de mesa, Cine, actividades de la casa.
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?	Leer.

¿Fuma?	SI ___ NO X	¿Bebe?	SI ___ NO X	Otro	

6. DATOS ADICIONALES

¿Ha tenido o tiene actualmente algún problema de salud? Si ___ NO X Cual? ___

7. CONDICIONES DE LA VIVIENDA (Favor marcar con (X) lo que se pregunta:

Casa	X	Apartamento			
Propia	X	Arrendada		Inquilinato	

°PREGUNTAS PARA ENTREVISTA PRE-EMPLEO DE SALUD OCUPACIONAL

1. En desarrollo de los trabajos en que se ha desempeñado, ¿ha presentado ACCIDENTES / INCIDENTES de trabajo? (si la respuesta es SI, se debe ampliar la pregunta solicitando indicar en qué fecha fue el accidente y/o incidente, así como las secuelas derivadas en tales eventos).

Hace más de 10 años, accidente por pinchazo de aguja con fuente conocida, Seguimiento Completo.

2. ¿Ha tenido cirugías durante el último año y/o tiene alguna programada?

Ninguna

3. ¿Está usted tomando actualmente algún medicamento?

Ninguno

¿Alguna información adicional que la empresa debe conocer?
Por el momento, no.

La información consignada en esta entrevista es de carácter exclusivamente privado y para uso del proceso de selección de la empresa.

NOMBRE Y FIRMA DEL ASPIRANTE
KAREN JASURE CORREA TELLO - KAREN J. CORREA T.

CONCEPTO: