



www.formasminerva.com

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo 8 hrs
--------------------	--	-----------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Mendoza Sanchez	Nombre(s) del aspirante Gloria Esperanza
Lugar y fecha de nacimiento Florencia (Caquetá) 28-JUNIO-1972	
Dirección domicilio / Barrio Calle 13 # 7-38 sucre.	Ciudad Pitalito ✓ SI
Teléfono	No. Celular 313 45100 17
Correo electrónico gloriaesperanza90@hotmail.com	Nacionalidad Colombiana
Profesión, ocupación u oficio Empleada	(*) Estado civil Unión Libre
	Años de experiencia laboral 6 años



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 40777234	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Florencia	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
		Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Empleo	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	Nombre Lina	Dependencia SUPERVISORA
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Florencia	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Florencia - Pitalito	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 600.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? 5MLU.
¿Por qué conceptos? Alimentación, Servicios públicos.	¿Practica algún deporte? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)? Baloncesto	
¿Cuál es su principal afición? Deporte	¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Mi experiencia laboral se relaciona en el área de Mercadeo, Transferencias y Asistente de oficina.

1654560-0



III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) <i>Luis Carlos Ortiz</i>		Profesión, ocupación u oficio <i>Agricultor</i>		Empresa donde trabaja	
Cargo actual <i>Independiente</i>		Dirección		Teléfono <i>313 349 36 15</i>	
N° de personas que dependen económicamente del solicitante		Parentesco		Ciudad <i>Pitalito - H.</i>	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Nombre(s) hermanos(s) <i>Marlen Rocío Sanchez</i>		Profesión, ocupación u oficio <i>Merca derivista</i>	
Teléfono(s) <i>320 436 5483</i>		<i>Natalia Sanchez</i>		Profesión, ocupación u oficio <i>Ama de casa</i>	
Teléfono(s) <i>321 482 60 22</i>					

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Clásico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>	<i>2001</i>	<i>11º</i>	<i>Bachiller A.</i>	<i>Juan Bautista Lasalle</i>	<i>Florencia</i>
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input checked="" type="checkbox"/>	<i>2011</i>		<i>Adm. Empresas</i>	<i>U. de la Amazonia</i>	<i>Florencia</i>
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien					
Sistemas Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. <i>WORK</i>		R <input checked="" type="checkbox"/> MB	3. <i>INTERNET</i>	
¿Programa(s) que maneja?	2. <i>EXCEL</i>		R <input checked="" type="checkbox"/> MB	4. <i>POWER POINT</i>	
Idiomas Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. <i>BÁSICO</i>		Lectura R <input checked="" type="checkbox"/> MB	Escritura R B MB	Hablado R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.		R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	Metalurgia <input type="checkbox"/>	FINANCIERO <input type="checkbox"/>	Administración <input checked="" type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>			
GANADERÍA / AVICULTURA <input type="checkbox"/>	Maquinaria <input type="checkbox"/>	INMOBILIARIO <input type="checkbox"/>	Auditoría <input type="checkbox"/>	Sistemas <input type="checkbox"/>			
MINERÍA <input type="checkbox"/>	Automotores <input type="checkbox"/>	INFORMÁTICO <input type="checkbox"/>	Bodega <input type="checkbox"/>	Tesorería <input type="checkbox"/>			
HIDROCARBUROS <input type="checkbox"/>	Muebles <input type="checkbox"/>	SALUD <input type="checkbox"/>	Compras <input type="checkbox"/>	OTRAS (¿Cuáles?) <input type="checkbox"/>			
INDUSTRIA <input type="checkbox"/>	Reciclaje <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	Contabilidad <input type="checkbox"/>				
Alimentos y Bebidas <input type="checkbox"/>	OTROS (¿Cuáles?) <input type="checkbox"/>	SEGUROS <input type="checkbox"/>	Costos <input type="checkbox"/>				
Tabaco <input type="checkbox"/>		TURISMO / RECREACIÓN <input type="checkbox"/>	Crédito y Cobranzas <input type="checkbox"/>				
Textiles y Confecciones <input type="checkbox"/>		OTROS SERVICIOS <input type="checkbox"/>	Diseño <input type="checkbox"/>				
Cuero y Calzado <input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA <input type="checkbox"/>	Asesorías Profesionales <input type="checkbox"/>	Finanzas <input type="checkbox"/>				
Papel y Cartón <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	Servicios Temporales <input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia General <input type="checkbox"/>				
Editorial y Artes Gráficas <input type="checkbox"/>	COMERCIO <input type="checkbox"/>	Seguridad Vigilancia <input type="checkbox"/>	Impuestos <input type="checkbox"/>				
Químico y Farmacéutico <input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES <input type="checkbox"/>	OTROS SECTORES <input type="checkbox"/>	Mercadeo <input checked="" type="checkbox"/>				
Caucho y Plástico <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO <input type="checkbox"/>		Producción <input type="checkbox"/>				
Vidrio, Cerámica y Cemento <input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES <input type="checkbox"/>		Publicidad <input type="checkbox"/>				

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL, SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO, ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa ZINCI AVILA		Dirección Colle 11 # 25-42		Teléfono(s) 313 8327855	
Cargo Operaria de servicios Lina		Nombre de su jefe inmediato		Fecha de ingreso D 17 M 07 A 2023	
Fecha de retiro D 07 M 09 A 2023		Total tiempo servido 1 mes 1/2.		Sueldo inicial \$ 1'5 MLU.	
Sueldo final o actual \$ 5 MLU		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de servicios G.			
Funciones realizadas Limpieza en general.					
Logros obtenidos Cumplidora, puntal, responsable, Honesta.					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? 1 mes 1/2. Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de Contrato.					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Harinera del Valle		Dirección		Teléfono(s) 3124468355	
Nombre de su jefe inmediato Yohana Andrea G.		Cargo supervisora		Fecha de ingreso D 01 M 12 A 2021	
Fecha de retiro D 24 M 12 A 2021		Total tiempo servido 20 dias		Sueldo inicial \$ 5 MLU	
Sueldo final o actual \$ 5 MLU		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Merca derista			
Funciones realizadas Limpieza y surtido de góndolas.					
Logros obtenidos Responsable - Honesta - puntal y cumplidora.					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?					
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de Contrato.					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Prover y Supermercado		Dirección		Teléfono(s) 3125174901	
Nombre de su jefe inmediato Anuel Agustin U.		Cargo propietario		Fecha de ingreso D 10 M 02 A 2021	
Fecha de retiro D 30 M 06 A 2021		Total tiempo servido 4 meses		Sueldo inicial \$ 5 MLU.	
Sueldo final o actual \$ 5 MLU.		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Ofiads Vartos.			
Funciones realizadas Limpieza y surtido					
Logros obtenidos Responsable, puntal, honesta y cumplidora.					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?					
Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminación de Contrato.					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Fondo de pensiones? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Fondo de cesantías? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál? Sanitas		¿Cuál? Colpensiones		¿Cuál? fondo del Atorno.	
Fecha de afiliación: Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>		Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	

Vertical text on the left margin: Si desea diligenciar este formato en computador, ve GRATIS en www.formaminerva.com el aplicativo, e imprímalo desprendiendo las hojas por esta perforación

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Gloria Esperanza V.	Mercaderista	Toraso - Florencia	313 401 5481
2.-	Andrea Chauarria	Ejecutivo Utas	Armenia	313 417 8109
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Luis Carlos Ortiz	Independiente	Pitalito - H	313 349 3615

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com.

Ingrese su Hoja de Vida en:



Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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

Gloria Esperanza Meadoro
C.C. 400 977. 234 Flia

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE								
	Día	Hora	Asistió a Entrevista		Hora de Llegada						
	Si	No									
1.-											
2.-											
ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien											
Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos				
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	
CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA											
Primer entrevistador											
Segundo entrevistador											
Candidato seleccionado definitivamente			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Contrátese a partir del			Sueldo \$			
Candidato elegible próximamente			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cargo			Tipo de contrato			
Referencias verificadas por			Primer entrevistador			Segundo entrevistador			Firma de quien autoriza contratación		



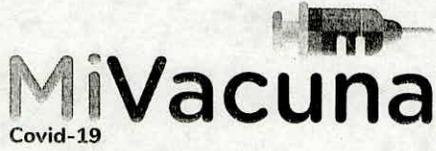
INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

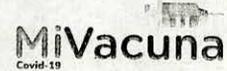
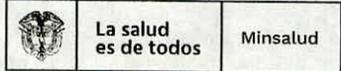
Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900322373
Número Afiliación: 239510
Razón social: SOCIETY SERVICES GENERAL SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 40777234[✓]
Nombre: GLORIA ESPERANZA MENDOZA
SANCHEZ
Fecha Ingreso: 18/09/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 800165866
Código Sucursal: 05
Centro de trabajo: 5
Tasa: 1.044
Fecha hora transacción: 15/09/2023 01:33:06 p.m.



www.minsalud.gov.co



Certificado de vacunación

Nombres: Gloria Esperanza

Apellidos: Mendoro Sanchez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 40.777 234

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 06 Año 1972

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24-6-21	AstraZeneca	ABX 6491	ESE Manuel Castro Tovar	Diana M. Aux. Enfermería Red 1401	
	2	29-9-21	 COVID-19 Vaccine AstraZeneca Lot ABY0165		E.S.E. Peñaranda	Alejandra Campuzano Aux. Enfermería C.C 1 007 745.934	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40777234**, se encuentra afiliado/a desde **16/06/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino 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.

No. de Radicación

Fecha de Radicación



176484157

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación / B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / B. Colectiva / D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional / C. Institucional		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)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Mendoza Segundo Apellido: Sanchez Primer Nombre: Gloria Segundo Nombre: Esperanza	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 40777234
9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 7'760.000	
18. Residencia Dirección: calle 73 # 7-38 Teléfono Fijo							
Teléfono Celular 373 457 0077		Correo Electrónico Gloriamendoza@gmail.com					
Municipio / Distrito Pitalito		Zona Urbana / Rural		Localidad / Comuna		Departamento Huila	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino		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							
25. Tipo de documento de identidad							
26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento		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			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social Sosege Sas	36. Tipo documento de identificación NIT CC	37. Número del documento de identificación 900322373	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Departamento		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. 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 TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha 78/09/21/2023
--	-----------------------------------	----------------------------	---------------------	-----------------------------------

43. EPS anterior Sanitas	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
------------------------------------	----------------------------------	--

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
<input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Gloria Mendoza.	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio Liliana Garcia.
--	---

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad:	CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad	TOTAL
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.			
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.			
<input type="checkbox"/> 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.			
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.			
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.			
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
<input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.			

RECIBIDO POR LA EPS
RECIBIDO POR
Fecha **12-10-2023**

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. 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:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------



CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40777234
NOMBRES Y APELLIDOS	Mendoza Sanchez, Gloria Esperanza
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Subsidiado

La presente se expide a nombre de Mendoza Sanche ,Gloria Esperanza, a los 15 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 231362338



PIB

10:50:18

Hoja 1 de 01

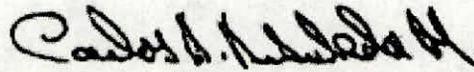
Bogotá DC, 15 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40777234:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>



CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 15 de septiembre de 2023, a las 10:49:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40777234
Código de Verificación	40777234230915104915

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.


YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB





POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:48:10 AM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40777234**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA SANCHEZ GLORIA ESPERANZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25
barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm
a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Portal Único de Contratación

GOV.CO GOV.CO

Pitalito Huila, 15 de septiembre del 2023

Asunto: **REFERENCIA PERSONAL**

Cordial saludo

Yo **ANDREA CHAVARRIA VARGAS**, colombiana mayor de edad, titular de la cedula de ciudadanía N° **1.117.500.293** de Florencia Caquetá, hago constar que conozco de vista y comunicación a la señora **GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ**, mayor de edad titular de la cedula de ciudadanía N° **40.777.234** de Florencia Caquetá, desde hace diez y siete (17) años, motivo por el cual doy fe que es persona honesta y responsable.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Pitalito (Huila) a los trece (15) días del mes de septiembre del 2023

Atentamente



ANDREA CHAVARRIA VARGAS

C.C N° **1.117.500.293** de Florencia Caquetá

Tel: **313 417 8109**

Pitalito Huila, 15 de septiembre del 2023

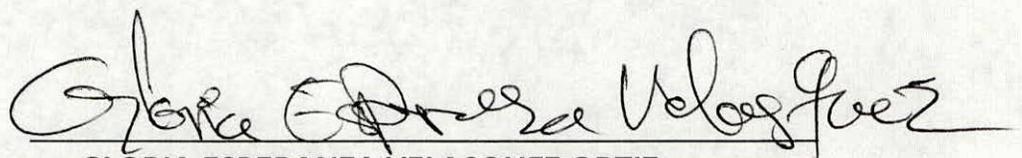
Asunto: **REFERENCIA PERSONAL**

Cordial saludo

Yo **GLORIA ESPERANZA VELASQUEZ ORTIZ**, colombiana mayor de edad, titular de la cedula de ciudadanía N° **30.506.174** de Florencia Caquetá, hago constar que conozco de vista y comunicación a la señora **GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ**, mayor de edad titular de la cedula de ciudadanía N° **40.777.234** de Florencia Caquetá, desde hace veinte años (20) años, motivo por el cual doy fe que es persona honesta y responsable.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Pitalito (Huila) a los trece (15) días del mes septiembre del 2023

Atentamente



GLORIA ESPERANZA VELASQUEZ ORTIZ
C.C N° **30.506.174** de Florencia Caquetá
Tel: **313 401 5981**

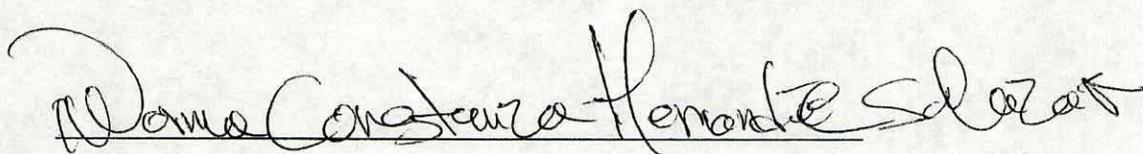
NORMA CONSTANZA HERNANDEZ SALAZAR
CC. 40. 778.661 de Florencia Caquetá

CERTIFICA

Que GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ identificada con la cedula de ciudadanía N° 40.777.234 de Florencia Caquetá. laboro en mi casa desarrollando actividades de limpieza general. Desde el 01 de julio del 2020 hasta el 30 de enero del 2021.

Esta constancia se expide y firma en Pitalito Huila el 17 de junio del 2023

Atentamente



NORMA CONSTANZA HERNANDEZ SALAZAR
PROPIETARIA
CEL: 322 311 3144

Neiva - martes, 25 de enero de 2022



800.144.934

CERTIFICAMOS

Que GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No 40777234, laboro en nuestra empresa desde el miercoles, 01 de diciembre de 2021 y concluyo el viernes, 24 de diciembre de 2021

Desarrollando actividades de MERCADERISTA para el cliente HARINERA DEL VALLE

Del referido contrato el trabajador recibio la liquidacion de sus derechos laborales, hecha de manera completa por la empresa y pagado sin que este hiciera alguna salvedad.

Cordialmente:

Firma Autorizada:

DIANA IBETH GUZMAN HERRERA:

SUBGERENTE NACIONAL V&M



INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



MBE S.A.S.
Calle 100 No. 111-38 PBX

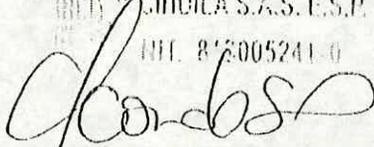
INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P. – INCIHUILA S.A.S. E.S.P.

CERTIFICA QUE:

La señora **GLORIA ESPERANZA MENDOZA SANCHEZ**, identificada con cédula de ciudadanía 40.777.234 expedida en Florencia-Caquetá, laboró en la empresa **INCINERADOS DEL HUILA S.A.S. E.S.P.– INCIHUILA S.A.S. E.S.P.**, desempeñando el cargo de **OPERARIO(A) SERVICIOS GENERALES** en virtud del contrato **POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, teniendo como fecha de inicio el diecisiete (17) de julio de 2023 hasta el día siete (07) de septiembre de 2023.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, a los (13) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

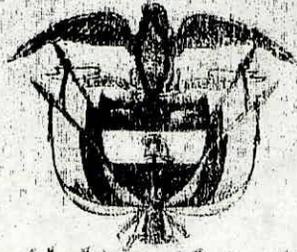
Cordialmente;

INCIHUILA S.A.S. E.S.P.
Nit. 813005241-0

CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO
COORDINADORA TALENTO HUMANO (E)

Proyectó: ALVARO JAVIER LEON ZULETA
AUX. ADMINISTRATIVO

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403
Móvil: 3187116663 – 313 245 31 78 E-mail: pqr@incihuilacom.co - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuilacom.co; comercial2@incihuilacom.co
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396





La República de Colombia
 Ministerio de Educación Nacional
 y en su nombre

El Colegio
Juan Bautista "La Salle"
 Florencia, Caquetá

Aprobado por la Secretaría de Educación del Caquetá,
 según Resolución No. 01636 del 12 de Octubre de 2000

Confiere a:

Gloria Esperanza Mendoza Sánchez

Identificado (a) con C.C. 40.777.234 de Florencia

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
 Nivel de Educación Media, según los planes y Programas Vigentes



Carlos Julio Triana Guillen

Rector

Carlos Julio Triana Guillen
 C. C. No. 17.622.895 de Florencia

Clara Inés Rozo de Harbo

Secretario

Clara Inés Rozo de Harbo
 C. C. No. 26.617.712 de Florencia

Anotado en el Folio No. 289 Libro de Registro No. 003

Dado en Florencia, Caquetá a los 15 días del mes de Diciembre de 2004



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1972

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

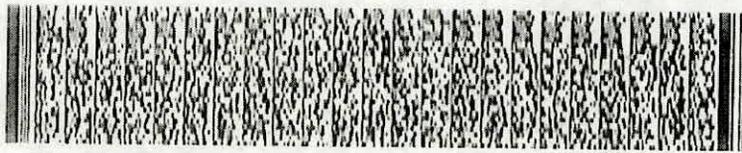
1.59
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

08-NOV-1991 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



A-1908800-00779156-F-0040777234-20151222

0047832892A 1

44427821

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.777.234
MENDOZA SANCHEZ

APELLIDOS
GLORIA ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA

