



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 1117884005
Nombre: JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS
Fecha Ingreso: 21/09/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 800165866
Código Sucursal: 05
Centro de trabajo: 6
Tasa: 1.044
Fecha hora transacción: 20/09/2023 04:10:49 p.m.

Biológico	osis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1.	02-02-2021	Moderna	039914	ES6 Pichincha Buenos Aires Belén	Roberto Nieto	40.611.646
	2.	17-11-2021	Moderna	01721A	HLSP Belén	Roberto Nieto	40.611.646



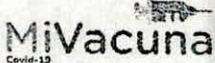
MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



Certificado de vacunación

Nombres: Jhoana Andrea

Apellidos: Mendez Campos

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

No. 1117 884 005

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 01 Año 1996



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.117.884.005**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** con **VINCULACION INICIAL** desde el 03 de mayo de 2019.

La presente certificación se expide el 15 de septiembre de 2023.

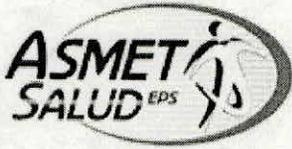
Cordialmente,

Gerente de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS

SAS

ESSC62

Formulario No. 3094551355418

Fecha de radicación 25/09/2023

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual -Cotizante o Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		registrar por la EPS 1	

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MENDEZ	CAMPOS	JHOANA	ANDREA
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	1117884005	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	13/01/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	No aplica		0,00	
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC		
00-0: Sin ARL	0000: Sin AFP	\$ 1.160.000		
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
LOTE 263 MN 2		3104390964	noregistra@gmail.com	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
FLORENCIA	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		CAQUETÁ	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	Clínica Corpomédica - CARRERA 9 No. 8-77	1056

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
SOCIETY SERVICES GENERAL S.A.S.	NI900322373			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 88 42 B 1 27		talentohumanobogota.sptc.sosege@mail.com	VALLEDUPAR	CESAR

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo 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 checked="" type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<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"/> 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 de 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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3094551355418
Fecha de radicación 25/09/2023

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento
Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones			
21/09/2023						

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

Joanna Mendez Campos.
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

Cantidad: Total

Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de unión marital

Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia

Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

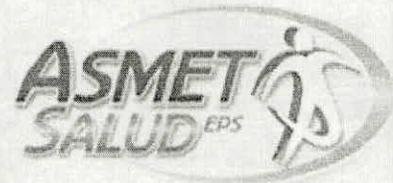
Observaciones

Observaciones: La afiliación se realizó por medio de un cargue masivo.

Empresa:, Asesor:Victoria Chaguendo, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:victoria.chaguendo@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: <https://boxaludrc.asmet.salud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx>



...cuida la salud de mi familia!

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS identificado(a) con CC 1117884005, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por INCINERADOS DEL HUILA INCIHUILA SA ESP NI 813005241 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
16/dic./2022	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
16/ene./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 19 días del mes de sept. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

www.asmetosalud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Sede Nacional: Cra. 4 No. 18N-46
Teléfono: (57) (2) 8312000
Popayán - Colombia



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

NUMERO DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN

25	09	20	23
----	----	----	----

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/> -Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
Código (A registrar por la EPS) <input type="text"/>		

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Primer apellido MENDEZ	Segundo apellido CAMPOS	Primer nombre JHOANA	Segundo nombre ANDREA
7. Tipo de documento de identidad NA cc	8. Número del documento de identidad 1.117.894.005	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 13.01.1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia NA	12. Discapacidad Tipo NA Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo Poblacional <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Carpatna		16. Administradora de Pensiones Forventur	
17. Ingreso base de cotización - IBC 4.160.000		18. Residencia Dirección: LOTE 263 M2 Municipio/Distrito: Florencia Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Comuna: Caquetá Departamento: Caquetá	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad NA	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

B1	B2	B3	B4	B5
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
B1 NA			DD MM AAAA
B2 NA			DD MM AAAA
B3 NA			DD MM AAAA
B4 NA			DD MM AAAA
B5 NA			DD MM AAAA

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Tipo		Condición	
B1 NA	NA	FISICA	NEURO SENSORIAL	MENTAL	T	P		
B2 NA	NA							
B3 NA	NA							
B4 NA	NA							
B5 NA	NA							

32. Datos de residencia		Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio / Distrito		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social SOSEGE SAS.	36. Tipo de documento de identificación NA NIT	37. Número del documento de identificación 900322373.	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Ca 16A No 159-23 304211375 Teléfono: talent@unibogotá.espedero.co Municipio/Distrito: Bogotá D.C. Departamento: Bogotá D.C.			

VIGILADO SUPERVISADO

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"/> 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"/> 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 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

MENDEZ Primer apellido	CAMPOS Segundo apellido	JHOANA Primer nombre	ANDREA Segundo nombre
Tipo de documento de identidad NA	Número del documento de identidad 1.117.884.005	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento 13 01 1996 42. Fecha 21 09 2023

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

VII. 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 caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no intromisión del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una is
- 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.
- 51. Autorización para que la EPS aporte la información que se genere de la afiliación o el reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 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.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Jhoana Andrea Méndez
54. El cotizante cabeza de familia o beneficiario


55. El empleado

IX. ANEXOS

- | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT | PE | Total |
| Cantidad: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
 - 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
 - 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpo y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
				D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones:



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1117884005
NOMBRES	JHOANA ANDREA
APELLIDOS	MENDEZ CAMPOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	FLORENCIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S. -CM	CONTRIBUTIVO	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/25/2023 16:29:07 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:39:00 PM horas del 14/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1117884005

Apellidos y Nombres: **MENDEZ CAMPOS JHOANA ANDREA**

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 Modelía, 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



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/09/2023 05:41:22 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1117884005** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **73018792** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

🔍 Nueva Busqueda

🖨 Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

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 jueves 14 de septiembre de 2023, a las 17:39:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1117884005
Código de Verificación	1117884005230914173948

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 PUNTES
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231332767



PIB
17:39:39
Hoja 1 de 01

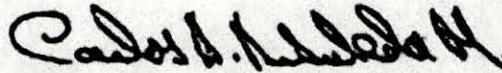
Bogotá DC, 14 de septiembre del 2023

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) JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1117884005:

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 Relacionamiento 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.



SGD - No: 20236170483482
Fecha Radicado: 19/09/2023 09:58:51
Anexos: 1

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
TIPO DE PERSONA:	Natural
TIPO DE DOCUMENTO:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE DOCUMENTO:	1117884005
NOMBRE COMPLETO:	JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS
CORREO ELECTRÓNICO:	mendezjohanaandrea338@gmail.com
TELÉFONO DE CONTACTO:	3104390964
PAÍS:	Colombia

DATOS DE CARACTERIZACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL	
GRUPO SOCIAL:	NINGUNO DE LOS ANTERIORES
IDENTIDAD DE GÉNERO:	MUJER
ORIENTACIÓN SEXUAL:	HETEROSEXUAL
POBLACIÓN PROTEGIDA:	NINGUNA
DISCAPACIDAD(ES):	NINGUNA

DATOS DE LA PQRS	
FECHA DE RADICACIÓN:	19/09/2023
TIPO DE PQRS:	PETICIÓN
MOTIVO DE PQRS:	SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN
TIPO DE INTERÉS:	PARTICULAR
MEDIO DE RESPUESTA:	CORREO ELECTRÓNICO
ARCHIVOS ADJUNTOS:	CamScanner 19-09-2023 09.55.pdf

RELATO DE LA PQRS
Solicito un certificado de antecedentes expedido por la fiscalía, debido a que la empresa SOSEGE SAS me lo esta requiriendo para nueva contratación.

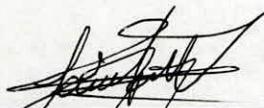
Florencia Caquetá

15/08/2023

A quien corresponda:

Me permito recomendar ampliamente a JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS identificada con número de cedula 1.117.884.005 Expedida en Morelia Caquetá a quien conozco hace más de 2 años y a quien me permito recomendar ampliamente ya que en todo momento ha demostrado ser una persona responsable , capaz y honesta en todas las labores que se le encomiendan.

A petición del interesado y para los fines que convengan se extiende la presente agradeciendo de antemano la atención brindada.



ING. Brandon Erney Romero Galeano

TP: R2021087418

CC: 1075309660

CEL: 3153160867

Florencia Caquetá, septiembre 15 de 2023

A QUIEN INTERESE:

Me dirijo a usted a petición de JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS quien se identifica civilmente con la cedula de ciudadanía No. 1117884005, quien solicita referencias para trabajar en su empresa.

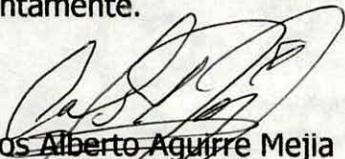
Siendo preciso señalar que conozco de trato y de manera personal a JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS hace más de cuatro años y debo informarle que en ese tiempo ha demostrado ser una persona honesta, trabajadora y en la que puede usted confiar.

Le considero una persona con aptitudes y calidades para realizar cualquier trabajo afín a los que a la fecha ha desempeñado e inclusive de otros que no requieren de formación o capacitación especializada.

Posee don de gente y se desenvuelve con agrado en su labor, con iniciativa e ingenio para salvar los obstáculos. Por todo ello, y en base a mi experiencia con JHOANA ANDREA, puedo decir que desarrollará su trabajo exitosamente y cumplirá con los objetivos que ustedes le marquen.

Quedo a su disposición para cualquier otra información que ustedes necesiten.

Atentamente.



Carlos Alberto Aguirre Mejia

CC 12.449.236

Abogado Conciliador

Secretario Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Florencia

Teléfono 3006581497

e-mail: agme44@gmail.com



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

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



Servicio de Transportes

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

CERTIFICA QUE:

La señora **JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.117.884.005** expedida en **Morelia - Caqueta** laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud del **CONTRATO DE TRABAJO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el **día Diesiseis (16) Diciembre** de 2022 hasta el día quince (15) de septiembre de 2023.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, el día quince (15) de septiembre de 2023.

Atentamente,

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

CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO
Coordinadora Talento Humano (E)

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 Villavencio: Carrera 44 B No. 16-87 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillavencio@incihuilacom.co Móvil: 3502026772



Consecutivo

0345

CERTIFICA:

JHOANA ANDREA MENDEZ CAMPOS

C.C: 1.117.884.005

Asistió a la Capacitación
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
CON UNA INTENSIDAD DE 2 HORAS
como apoyo a los planes de capacitación permanentes y continuos

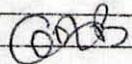
Temas abordados: como construir un plan de saneamiento basico y para que sirve de acuerdo a la Resolución 2674 de 2013

Nota: Este documento se entrega como refuerzo a los planes de capacitación continuos y permanentes propios de cada establecimiento y no reúne la totalidad de los requisitos del artículo 12 y 13 de la Resolución 2674 de 2013.

Orientado por: Ginna Marcela Zuñiga Barón, Ingeniera de Alimentos

Dado en Florencia, Caquetá a los 23 días del mes de mayo de 2023

GLADYS CAICEDO TRASLAVIÑA
Secretaria de Salud Municipal

Revisó y proyectó	Ginna Marcela Zuñiga Barón	Cargo	Ingeniera de Alimentos	Firma	
-------------------	----------------------------	-------	------------------------	-------	---



La República de Colombia
y en su nombre la
**Institución Educativa
Antonio Ricaurte**

Florencia - Caquetá

Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal de Florencia,
según Decreto No. 0271 del 01 de diciembre de 2017

Confiere a:

Jhoana Andrea Méndez Campos

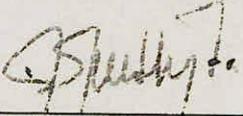
Identificado (a) con C.C. N°. 1117884005 de Guadalupe, Quila

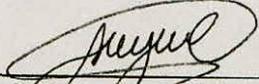
El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media, según los planes y programas vigentes de acuerdo con el Decreto 3011
del 19 de diciembre de 1997, compilado en el Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015




Andrés Mauricio Hoyos Trujillo
C.C. N°. 17.652.148 de Florencia, C.
Rector


Angie Lorena Castrillón Rubiano
C.C. N°. 1117.552.301 de Florencia, C.
Secretaria

Folio N°. 130-135 del Libro de Registro de Diplomas N°. 02

Acta General de Graduación N°. 146

Dado en Florencia Caquetá, a los 07 días del mes de diciembre de 2019

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994,
2150 del 5 de diciembre de 1995 y 1075 del 26 de mayo de 2015 de la Presidencia de la República



*Institución Educativa
Antonio Ricaurte*

*Florencia, Caquetá
Cra 11 Cl 10 Esquina Barrio Juan XXIII
Email: antonioricaurte@florencia.edu.co
Dane: 183001000826 Nit: 828000298-1
Jornada Sabatina*

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Florencia Caquetá, a los 07 días del mes de diciembre de 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la rectoría de la Institución Educativa Antonio Ricaurte, Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal de Florencia, en el Nivel de Educación Media, Proyecto de Educación para Adultos, según Decreto No. 0271 del 01 de diciembre de 2017.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al Graduando cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:

Jhoana Andrea Méndez Campos

Identificado (a) con C.C. N° 4117884005 de Guadalupe, Huila

*Es fiel copia del Acta Original General N°: 146 de fecha 07 de diciembre de 2019, Folio No. 130-135
Libro No. 02.*

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7° del decreto 180 de 1981. Andrés Mauricio Hoyos Trujillo, Rector, Angie Lorena Castrillón Rubiano, Secretaria.

Dada en Florencia Caquetá, a los 07 días del mes de diciembre de 2019.

*Andrés Mauricio Hoyos Trujillo
C.C. N°: 17.652.148 de Florencia, Caq.
Rector*

*Angie Lorena Castrillón Rubiano
C.C. N°: 1.117.352.301 de Florencia, Caq.
Secretaria*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.117.884.005**
MENDEZ CAMPOS

APELLIDOS
JHOANA ANDREA

NOMBRES
Jhoana Andrea Mendez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-1996**

MORELIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

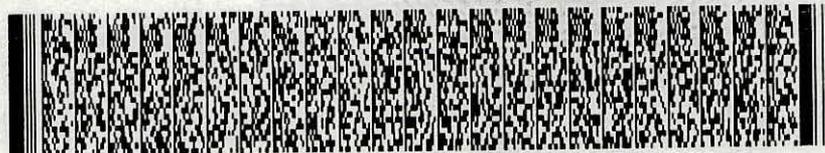
SEXO

10-FEB-2014 GUADALUPE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1904000-00559591-F-1117884005-20140401

0037795776A 1

40405131

NACIONAL DEL ESTADO CMI



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.



www.formasminerva.com

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante MENDEZ CAMPOS	Nombre(s) del aspirante JHOANA ANDREA	
Lugar y fecha de nacimiento MORELIA CAQUETA 13 - ENERO - 1996		
Dirección domicilio / Barrio LOT 263 M.2 B/PALMERAS	Ciudad FLORENCIA CAQUETA	
Teléfono	No. Celular 310 439 0964	
Correo electrónico mendez.johanaandrea9338@gmail.com	Nacionalidad COLOMBIANA	
Profesión, ocupación u oficio OPERARIA SERVICIO GENERALES	(*) Estado civil UNIÓN LIBRE	Años de experiencia laboral 9 MESES

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1.117.884.005	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: _____	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. 1.117.884005 Categoría A2

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? FLORENCIA CAQUETA	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? FLORENCIA CAQUETA	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 75 AÑOS
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1'100.000	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ QUE LA EMPRESA DISPONGA		
¿Cuál es su principal afición? ESCUCHAR MUSICA	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

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

ME CARACTERIZO POR SER UNA PERSONA RESPONSABLE, HONESTA EN MI TRABAJO, EN MI VIDA COTIDIANA, ASPIRO HACER LICENCIADA EN INGLÉS CON EL OBJETIVO DE ESCALAR PROFESIONALMENTE.

0675 290



VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa INONERADOS DEL HUILA S.A.S.E.S.P		Dirección CALLE 21 Nº 11a-38 B/ CONSO/ATA		Teléfono(s) 314 237 4788	
Nombre de su jefe inmediato DOM JASHIN GOMEZ		Cargo COORDINADORA		Fecha de ingreso D 16 M 12 A 2022	
Fecha de ingreso D 15 M 09 A 2023		Fecha de retiro		Carga(s) desempeñado(s) por usted OPERARIA SERVICIO GENERALES.	
Total tiempo servido 9 MESES	Sueldo inicial \$ 580.000	Sueldo final o actual \$ 674.000	Carga(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas ASEO Y CAFETERIA					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> 9 MESES Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro TERMINO DE CONTRATO					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
Fecha de ingreso		Fecha de retiro		Carga(s) desempeñado(s) por usted	
Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Carga(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? 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 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					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
Fecha de ingreso		Fecha de retiro		Carga(s) desempeñado(s) por usted	
Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Carga(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? 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 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					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente está afiliado)					
¿Entidad promotora de salud (EPS)?		¿Fondo de pensiones?		¿Fondo de cesantías?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cuál?		¿Cuál?		¿Cuál?	
Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	
Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>					

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) NORVAY RODRIGUEZ LOSADA		Profesión, ocupación u oficio GUARDA SEGURIDAD		Empresa donde trabaja TELEVIGILANCIA LTDA	
Cargo actual GUARDA SEGURIDAD		Dirección LOTE 263 M-2 BARRIO PALMERAS		Teléfono 3132952789	Ciudad FLORENCIA CAQUETA
No. de personas que dependen económicamente del solicitante 3		Parentesco HIJOS		Edades 12, 8, 3 AÑOS	
Nombre(s) padre(s) JOSE GONZALO MENDEZ		Profesión, ocupación u oficio PENSIONADO		Teléfono(s) 3143882907	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria Bachillerato Clásico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2019	11	BACHILLER ACADÉMICO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANTONIO RICAURTE	FLORENCIA CAQUETA
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios. Intensidad horaria: 2 HORAS Nombre del programa: DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS Institución: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL					
¿Cursa estudios actualmente? Sí <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 Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB	
	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	Lectura	R B MB	Habla
	2.	R B MB	Escritura	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 QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUÉ ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

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

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre CARLOS ALBERTO AGUIRRE	Ocupación ABOGADO	Dirección CR 27 # 11A-03 BAJO CALDAS. CONDOMINIO PUNTA DEL ESTE M9 CASAS	Teléfono 3006581497
2.-	Nombre BRANDON ERNGY ROMERO	Ocupación INGENIERO SISTEMA	Dirección CAJIE 21 # 2-05 B/ ACACIAS.	Teléfono 3153160867
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre NOENGY RODRIGUEZ LOSADA	Ocupación GUARDA SEGURIDA	Dirección LOTE 263 M2 B/ PALMCRAS	Teléfono 3132952789

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)				
1.-				
2.-				
3.-				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 10px;"> <input checked="" type="checkbox"/> Marque con una X </div>	Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com	Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADO LABORAL .COM www.aliadolaboral.com
---	--	---

Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: #0056b3; opacity: 0.5;">minerva</div> Johana Andrea Mendez C.C. 117884005
---	---	---

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a entrevista		Hora de Llegada
	Día	Hora	Sí	No	
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador _____ _____ _____		Segundo entrevistador _____ _____ _____	
Candidato seleccionado definitivamente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Contrátese a partir del _____	Sueldo \$ _____	
Candidato elegible próximamente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo _____	Tipo de contrato _____	

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación