

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante <i>Pinastora Valencio</i>		Nombre(s) del aspirante <i>Edinson</i>	
Fecha de Nacimiento D <i>21</i> M <i>08</i> A <i>83</i>		Lugar de Nacimiento <i>B / Tera</i>	
Dirección domicilio / Barrio <i>calle 120 # 20-53 - OCCIDENTAL</i>		Ciudad <i>cali</i>	
Teléfono		No. Celular <i>3177286366</i>	
Correo electrónico		Nacionalidad <i>colombiana</i>	
Profesión, ocupación u oficio <i>Oficios varios</i>		(*) Estado civil <i>unión libre</i>	
		Años de experiencia laboral <i>4 años</i>	

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <i>16 949 119</i>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	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. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

me parece una excelente empresa y puedo culminar mis metas etc

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre	Dependencia		
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿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 type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <i>2 años</i>	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ <i>700.000</i>	
¿Cuál es su principal afición? <i>Fútbol</i>	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <i>minimo</i>	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

124668821

7170212410078131

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Yovane Parameño Mendez		Profesión, ocupación u oficio ama de casa		Empresa donde trabaja	
Cargo actual ama de casa		Dirección calle 20 # 20-53	Teléfono 3185587225	Ciudad cali	
N° de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco Hijos - esposa	Edades 14-13-17-37		
Nombre(s) padre(s) Beatriz Valencia		Profesión, ocupación u oficio ama de casa		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermano(s) Rosbal Hinostroza		Profesión, ocupación u oficio Peruano de		Teléfono(s) 3167905650	
Samuel M. Hinostroza J.		Profesión, ocupación u oficio secretario		Teléfono(s) 3167564930	
Rodrigo Hinostroza J.		so/dob		Teléfono(s) 3174098213	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2004	12	Bachillerato	Simon Bolívar	B/urc
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input type="checkbox"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
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 (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha Lectura Escritura Habla			
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato						
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?		
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						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D	M	A	D	M
					\$	\$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato				Cargo		
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? 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						

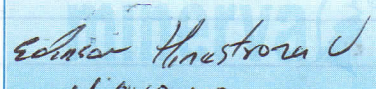
Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D	M	A	D	M
					\$	\$
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato				Cargo		
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? 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						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

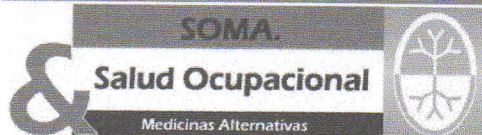
Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Cesar Marino Barcas	Ayudante	
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	am Francisca minc	ama de casa	
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Yovani Panameño Mondragón	ama de casa	calle 120 # 20-53
2.	Nombre	Ocupación	Dirección
	Rusbel Hincastro	Pensionado	calle 120 # 20-53

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



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  C.C. 16949119
---	---	--

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINAS ALTERNATIVAS SAS
NIT: 900250119-4

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 16949119-87308

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/02/2020 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	EDINSON HINESTROZA VALENCIA	Identificación:	16949119
Género:	MASCULINO Edad: 36	Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	21/08/1983	Móvil:	3177286366
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	OFICIOS VARIOS
Dirección:	CALLE 120 NO 20 53	EPS:	COMFENALCO VALLE EPS
Escolaridad:	BACHILLERATO	ARL:	NO REPORTA
Empresa:	ATIEMPO SAS	AFP:	PROTECCION S.A.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: HABITOS SALUDABLES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
----------------------------	---	-------------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

ERGONOMICO

SVE

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS. Salud Ocupacional y Medicinas Alternativas S.A.S. NIT. 900250119-4 con sede principal en la Avenida 2 E N 24n-58 en Cali, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales. Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrados, sean incorporados en la base de datos de Salud Ocupacional y Medicinas Alternativas S.A.S., además, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa.

Yuleidi Ocaña Lasso
Dra. Yuleidi Ocaña Lasso
Médico Cirujano
RN: 16225/016 CMIC
Especialista Salud Ocupacional
RM. 125 SSPM / 016

YULEIDI OCAÑA LASSO



Ed. 12-14



EDINSON HINESTROZA VALENCIA

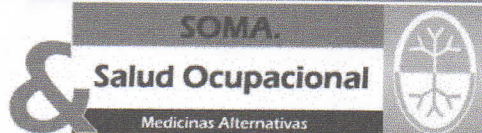
16949119

Firma y cédula del Paciente

125/018 16225/016

Médico Especialista en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINAS ALTERNATIVAS SAS
NIT: 900250119-4

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 16949119-87308



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/02/2020 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	EDINSON HINESTROZA VALENCIA	Identificación:	16949119
Género:	MASCULINO Edad: 36	Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	21/08/1983	Móvil:	3177286366
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	OFICIOS VARIOS
Dirección:	CALLE 120 NO 20 53	EPS:	COMFENALCO VALLE EPS
Escolaridad:	BACHILLERATO	ARL:	NO REPORTA
Empresa:	ATIEMPO SAS	AFP:	PROTECCION S.A.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: HABITOS SALUDABLES

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

ERGONÓMICO

SVE

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS. Salud Ocupacional y Medicinas Alternativas S.A.S. NIT. 900250119-4 con sede principal en la Avenida 2 E N 24n-58 en Cali, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales. Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrados sean incorporados en la base de datos de Salud Ocupacional y Medicinas Alternativas S.A.S. ,ademas, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa.

Dra. Yuleidi Ocaña Lasso
Medico Cirujano
RM: 16225/016 CMC
Especialista Salud Ocupacional
RM. 125 SSPM / 016

YULEIDI OCAÑA LASSO



Ed. 12-14



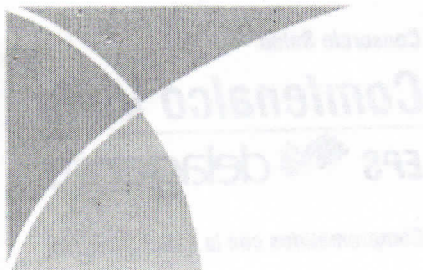
EDINSON HINESTROZA VALENCIA

16949119

Firma y cédula del Paciente

125/018 16225/016

Médico Especialista en Salud Laboral



Consortio Salud

Comfenalco Valle

EPS delagente

Comprometidos con la salud delagente

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFENALCO VALLE DELAGENTE

NIT 890.303.093-5

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EDINSON HINESTROZA VALENCIA identificado(a) con cedula ciudadanía 16.949.119, se encuentra en Cobertura Inicial en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS COMFENALCO VALLE DELAGENTE por la Empresa SERVICONSULTORES D&J SAS NIT 901192954, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200201	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
MARIA CAMILA HINESTROZA RODALLEGA	HI	1111744069	TI	20200201	0	Cobertura Inicial	360
RONALD ALEXIS HINESTROZA PANAMEÑO	HI	1111780803	TI	20200201	0	Cobertura Inicial	354
YOVANNY PANAMEÑO MONDRAGON	CP	1150937282	CC	20200201	0	Cobertura Inicial	275

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.020.

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Información sujeta a verificación por parte de COMFENALCO VALLE DELAGENTE, cualquier aclaración con gusto será atendida en la Línea de Atención Servicios de Salud 3876720 y Línea de Atención E.P.S. 018000413501.- Documento no válido como autorización de Traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

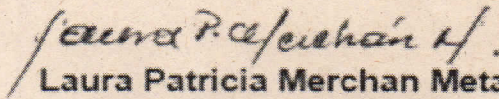
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HINESTROZA VALENCIA EDINSON** identificado(a) con CC número **16.949.119** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de julio de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 24 de enero de 2020.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2020012408495

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
DE TRABAJADOR EN MISIÓN POR EL TERMINO QUE DURE
LA REALIZACION DE LA OBRA O LABOR**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR:		HINESTROZA VALENCIA EDINSON	IDENTIFICACIÓN:	16949119
DOMICILIO DEL TRABAJADOR:		CALLE 120 # 20 -53	EXPEDIDA EN:	BUENAVENTURA
CATEGORÍA DEL TRABAJADOR:		TRABAJADOR EN MISION	FECHA DE NACIMIENTO:	21/08/1983
EMPRESA USUARIA:		PROMOVALLE SA ESP	LUGAR DE NACIMIENTO:	BUENAVENTURA
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:		20 DE FEBRERO DE 2020	SALARIO:	\$877803
CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO:		CALI	PERIODO DE PAGO:	Mensual
CARGO:		AYUDANTE DE RECOLECCION		
CENTRO DE COSTO:		CALI		
OBRA O LABOR CONTRATADA				
E. P. S.	COMFENALCO VALLE		CAJA DE COMPENSACIÓN:	COMFANDI
A. F. P.	PROTECCION S. A.		CUENTA DE NOMINA:	75741268078

Entre **ATIEMPO S.A.S.**, que para los efectos del presente contrato se llamará **EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR**, arriba descrito, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, en virtud del contrato de prestación de servicios suscrito entre **ATIEMPO S.A.S.** y la **EMPRESA USUARIA**.

EL TRABAJADOR está enterado que el **EMPLEADOR** es una empresa de servicios temporales que presta un servicio de colaboración temporal a diferentes empresas usuarias, por el tiempo que dure la obra o labor contratada. Las partes dejan expresa constancia que no existe vínculo laboral de ninguna naturaleza entre **EL TRABAJADOR** y la **EMPRESA USUARIA** a la cual fué enviado en misión por **EL EMPLEADOR**.

Las partes identificadas como ha quedado establecido anteriormente, hemos convenido en celebrar en los términos del Art. 39 del C.S.T., y Arts. 71 al 78 y normas concordantes de la Ley 50 de 1990, el presente contrato que se estipula y rige por las siguientes cláusulas:

Cláusula Primera. OBJETO. Además de someterse **EL TRABAJADOR** a las obligaciones determinadas en la ley y en los reglamentos internos de trabajo y de funcionamiento del **EMPLEADOR** y la **EMPRESA USUARIA**, a la cual se envía en misión a **EL TRABAJADOR** que informará a **EL EMPLEADOR** cualquier violación de los mismos, **EL TRABAJADOR** se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones especiales:

- A poner al servicio de la **EMPRESA USUARIA** a la cual es remitido por **EL EMPLEADOR** toda su capacidad normal de trabajo, en desarrollo de las labores para la cual fué contratado, así mismo las labores anexas y complementarias, y al fiel cumplimiento de las instrucciones que se le impartan por aquella en forma exclusiva.
- A observar diligente y cuidadosamente el contrato de conformidad con el lugar, tiempo y condiciones que **EL EMPLEADOR** le señale y a respetar los horarios fijados por el Usuario conforme a las necesidades de la obra y el servicio, observando en su cumplimiento la diligencia y cuidado necesario.
- A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato, a observar rigurosamente la disciplina interna establecida por la **EMPRESA USUARIA** y las personas establecidas por esta.
- A guardar estricta reserva de todos los hechos, documentos, informaciones y en general sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o en razón de su oficio o por cuenta del contrato de trabajo y cuya comunicación a otras personas puedan causar perjuicio a **EL EMPLEADOR** o a la **EMPRESA USUARIA**.
- A prestar el servicio antes dicho personalmente en el lugar del territorio de la República de Colombia en que indicare **EL EMPLEADOR** y excepcionalmente fuera de dicho territorio cuando las necesidades del servicio lo exigieren.
- A no atender durante las horas del trabajo asuntos u ocupaciones distintas a la que la **EMPRESA USUARIA** o **EL EMPLEADOR** y las personas autorizadas le han fijado.
- A cuidar con esmero y atención las máquinas, herramientas y utensilios, materias primas, productos en proceso o terminados, las instalaciones y demás bienes del establecimiento donde preste sus servicios y evitar todo daño o pérdida que cause perjuicio a la **EMPRESA USUARIA**.
- A acatar las normas sobre Seguridad y Salud en el Trabajo.

PARAGRAFO UNICO: Además de las prohibiciones de orden legal y reglamentario, en las partes estipula las siguientes prohibiciones especiales del trabajador.

A: Solicitar préstamos especiales o ayuda económica a los clientes del empleador o de la empresa a la cual es suministrado aprovechándose de su cargo u oficio o aceptarles donaciones de cualquier clase sin la previa autorización escrita del **EMPLEADOR**. B: Autorizar o ejecutar sin ser de su competencia, operaciones que afecten los intereses o actividades del **EMPLEADOR** o de la **EMPRESA USUARIA**. C: Retener dinero o hacer efectivos cheques recibidos para **EL EMPLEADOR**. D: Presentar cuentas de gastos ficticios o reportar como cumplidas visitas o tareas no efectuadas. E: Cualquier actitud en los compromisos laborales, personales o en las relaciones sociales que afectan en forma nociva la reputación del **EMPLEADOR** o de la **EMPRESA USUARIA** y; F: Retirar de las instalaciones donde funcione la empresa a la cual es suministrado, elementos, máquinas y útiles sin una autorización escrita o mantener sin autorización escrita algunas herramientas, materias primas, objetos de producción y demás elementos que no le pertenecen, en su poder o un lugar destinado a guardar elementos.

Cláusula Segunda. REMUNERACIÓN. **EL EMPLEADOR** pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba, dentro de este pago se encuentra incluido la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que el trabajador devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable.

PARAGRAFO UNICO: **EL EMPLEADOR** no suministra ninguna clase de salario en especie.

Cláusula Tercera: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIOS, EXTRAORDINARIO, DOMINICAL Y FESTIVO. Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo festivo en los que legalmente debe concederse descanso, se remunerará conforme a la ley, así como los correspondientes recargos nocturnos siempre y cuando no sea labor que según la ley deba ejecutarse así. Para reconociendo y pago del trabajo suplementario dominical o festivo **EL EMPLEADOR** o el representante de la **EMPRESA USUARIA**, deberá autorizarlo previamente por escrito incluyéndolo en el respectivo reporte de tiempo laborado. Cuando la necesidad de este trabajo se presente

de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta del escrito, con la mayor brevedad, al **EMPLEADOR** o a sus representantes. **EL EMPLEADOR** en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que habiendo sido avisado inmediatamente no haya sido aprobado como queda dicho.

No obstante **EL EMPLEADOR** pagará al **TRABAJADOR** el recargo por trabajos nocturnos y las horas extras cuando estos trabajos hayan sido autorizados por la **EMPRESA USUARIA** donde presta el servicio.

Cláusula Cuarta. JORNADA DE TRABAJO. **EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada máxima legal, salvo estipulación expresa y escrita en contrario, en los turnos y dentro de las horas señaladas por **EL EMPLEADOR** o por el representante de la **EMPRESA USUARIA**, pudiendo hacer este, ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 167 del C.S.T., teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma.

En todo caso la **EMPRESA USUARIA** a la cual se le suministra el servicio puede reducir o aumentar los niveles cuantitativos del incremento de la producción según las normas de la economía del mercado.

Cláusula Quinta. DURACION DEL CONTRATO Y PERIODO DE PRUEBA. El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o de la labor contratada según la solicitud de la **EMPRESA USUARIA** y consignada expresamente en la primera parte de este contrato, según se determinó anteriormente.

En consecuencia, este contrato finalizará legalmente en el momento en que la **EMPRESA USUARIA** comunique a **EL EMPLEADOR** la finalización de la obra o la labor para la cual fue contratado **EL TRABAJADOR**, sin previo aviso, indemnización o autorización alguna en los términos del artículo 5 literal D de la ley 50 de 1990. Igualmente acuerdan las partes que los dos (2) primeros meses del presente contrato se consideran como período de prueba y que en caso de prórroga se entenderá que no hay un nuevo período de prueba de acuerdo a lo dispuesto por el Art. 78 del C.S. de T. por el Art. 7 de la Ley 50 de 1990. Durante este período cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato unilateralmente en cualquier momento sin derecho a indemnización alguna, de acuerdo con lo estipulado en el Art. 80 del C.S. de T. Mod. Art. 3 del Dto. 617/54.

Cláusula Sexta. MODIFICACION DE LAS CONDICIONES LABORALES. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por **EL EMPLEADOR** o la **EMPRESA USUARIA** de conformidad con el Numeral 8 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El Trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el Empleador dentro de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación del servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que se respeten las condiciones laborales del **TRABAJADOR** y no se le cause perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política.

Cláusula Séptima. TERMINACION UNILATERAL. Además de las justas causas de terminación previstas en la ley, en los reglamentos de trabajo y de seguridad del **EMPLEADOR** y demás normas convencionales que rigen éste contrato de trabajo, serán justa causa para dar por terminado de manera unilateral por cualquiera de las partes, las enumeradas en los artículos 62 y 63 del C.S.T.; y además, por parte del **EMPLEADOR** cuando **EL TRABAJADOR** cometa alguna de las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves, a continuación:

A) Por Violación a cualquiera de las estipulaciones o prohibiciones del presente contrato. B) Por todo acto de violencia en que incurra el trabajador fuera del servicio contra sus compañeros de trabajo. C) por incurrir en cualquier negligencia que ponga en peligro su seguridad o la de las personas que con **EL TRABAJADOR** laboran. D) Por ordenar, iniciar, realizar o participar en cualquier cese ilegal en el trabajo. E) Por ausentarse del trabajo sin permiso de sus superiores o sin causa justificada a juicio del **EMPLEADOR**. F) Por dormirse en horas y sitio de trabajo. G) Todo acto inhumano o delictuoso que cometa **EL TRABAJADOR** contra **EL EMPLEADOR**, la **EMPRESA USUARIA** o sus trabajadores. H) La alteración, modificación, ocultamiento o simulación de los informes de trabajo reportados por la **EMPRESA USUARIA** o de sus representantes. I) La omisión de presentación por parte del **TRABAJADOR** en misión del reporte de novedades o informes de trabajo elaborado o enviado por el usuario dentro de las 24 horas siguientes a la elaboración de dichos reportes. J) El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR** en misión de las instrucciones o indicaciones que le impartan la **EMPRESA USUARIA** o sus representantes para la ejecución de las labores indicadas al servicio de este. K) Por dejar de marcar su tarjeta de control, timbrar la de otro trabajador o sustituir a éste en cualquier forma irregular y sin autorización previa. L) La no utilización por parte del trabajador del equipo de seguridad y de elementos de trabajo asignados por **EL EMPLEADOR** o la **EMPRESA USUARIA** que pongan en peligro su seguridad o la de sus compañeros. M) Retirar de las oficinas o archivos documentos o elementos o dar a conocer cualquier documento, sin autorización expresa para ello. N) Por revelación de información confidencial, fórmulas, procedimientos y demás datos reservados. K) Que **EL TRABAJADOR** se presente al lugar de trabajo bajo la influencia de drogas ilícitas o alcohol y al practicársele la prueba correspondiente, el resultado arrojado sea positivo.

Cláusula Octava: INVENCIONES. Las invenciones o descubrimientos realizados por **EL TRABAJADOR** en misión pertenecerán según su naturaleza al **EMPLEADOR** o la **EMPRESA USUARIA** de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como el Artículo 20 y concordantes de la ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En cualquier otro caso el invento pertenece al **TRABAJADOR** salvo, cuando este haya sido contratado para investigar y realice la invención mediante datos o medios conocidos utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual **EL TRABAJADOR** tendrá derecho a una compensación que se fijará de acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte el empleador u otros factores similares. Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por **EL TRABAJADOR** en ejercicio de sus funciones o con ocasión de él pertenecen al **EMPLEADOR**. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra.

Cláusula Novena: PARTES DE LA RELACION LABORAL. **EL TRABAJADOR** acepta y reconoce que la relación laboral emanada de los servicios a que se refiere el presente contrato solo existe entre él como **TRABAJADOR** y **ATIEMPO S.A.S.**, como **EMPLEADOR** y que prestará sus servicios personales a una empresa a la que será enviado en misión sin existir relación laboral con dicha empresa.

Cláusula Décima: LEGISLACION. Este contrato ha sido redactado estrictamente y se rige según y conforme a la Ley y a la jurisprudencia Colombiana y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1, es lograr la justicia en las relaciones entre **EMPLEADORES** y **TRABAJADORES** dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto.

El presente contrato produce sus efectos desde el día _____ del mes de _____ del año _____, fecha desde la cual **EL TRABAJADOR** viene prestando sus servicios al **EMPLEADOR**.

Para constancia del presente se firman en dos ejemplares más del mismo tenor y valor, en la ciudad y fecha indicada.

EMPLEADOR
ATIEMPO S.A.S.
Nit: 890.404.383-1

EL TRABAJADOR

El Señor no
quiere firmar
x Orellana
x Orellana



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1983**

BUENAVENTURA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84

ESTATURA

A+

G.S. RH

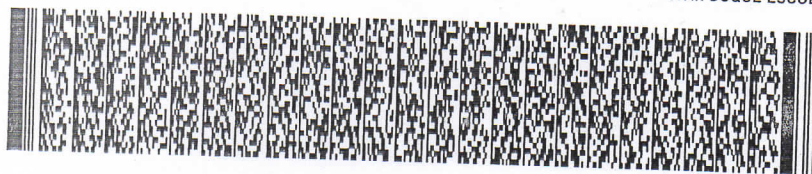
M

SEXO

03-OCT-2001 BUENAVENTURA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-3101900-65102138-M-0016949119-20020314

0389402072H 01 121454675

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16949119**

HINESTROZA VALENCIA
APELLIDOS

EDINSON
NOMBRES

Edinson Hinestroza V

FIRMA



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 890404383
Número Afiliación: 216472
Razón social: A TIEMPO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 16949119
Nombre: EDINSON HINESTROZA VALENCIA
Fecha Ingreso: 20/02/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTAB 003
Tasa: 2,436
Fecha hora transacción: 19/02/2020 12:07:20 p.m.

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

Consejo Salud
Comfenalco Valle
EPS **delagente**

Comprometidos con la salud delagente

No. de Radicación: Fecha de Radicación:

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lee las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input 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"/>	3. Régimen A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subordinado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input 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):

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

6. Apellidos y nombres: Hinchroza Valencia Edinson

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 16949119 9. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento: 24.08.1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 06 12. Discapacidad: 00 Tipo: 00 Condición: 00 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones:

17. Información de inscripción - JBC: 18. Residencia: CL 120 b # 22-23 317-286366

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres:

20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de 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:

25. Tipo de documento de identidad: 26. Número de documento de identidad: 27. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino 28. Fecha de nacimiento:

Datos complementarios: 29. Parentesco: 30. Etnia:

31. Discapacidad: 32. Datos de residencia:

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):

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):

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: 36. Tipo de documento de identificación: 37. Número del documento de identificación: 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:

1. Modificación datos básicos de identificación: ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación: ☐ 3. Actualización documento de identidad: ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios: ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS: ☐ 6. Reinscripción en la EPS: ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 13. Movilidad Régimen Contributivo: ☐ 14. Régimen Contributivo Subordinado: ☐ 15. Traslado Mismo Régimen: ☐ 16. Diferente Régimen: ☐ 17. Reporte por fallecimiento: ☐ 18. Reporte del trámite de protección al cesante: ☐ 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado: ☐ 20. Reporte de la calidad del Pensionado: ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:

42. Tipo de documento de identidad: 43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 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 o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios: ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: ☐ 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 reporte la información que se genera de la afiliación del 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

Edinson Hinchroza

Recursos Humanos

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total:

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 cuerpos 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

Departamento del Valle del Cauca, Febrero 20 de 2020

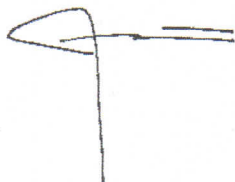
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI


HACE CONSTAR QUE:

EDINSON HINESTROZA VALENCIA identificada con Cédula de Ciudadanía 16949119 quien labora en ATIEMPO S.A.S. con NIT 890404383 con fecha de ingreso 2020/02/20.

Cordialmente,



Pilar Rocio Calero Sanchez
Gerente de Nuevos Productos y Canales de Atención

 **VIGILADO SuperSubsidio**

ACTA DE REINTEGRO LABORAL

Entre los suscritos a saber: **GUIDO ENRIQUE ANGULO LOPEZ**, quien obra en nombre y representación de **ATIEMPO S.A.S.** y **EDINSON HINESTROZA VALENCIA**, identificado con C.C.16.949.119 No. quien obra en calidad de **TRABAJADOR EN MISION**, por medio de la presente **ACTA DE REINTEGRO LABORAL** declaran que:

1. De acuerdo con lo decidido por el Fallo de Tutela de primera instancia del Juzgado Dieciocho Civil Municipal en oralidad de Cali con radicado 2020-00071, notificado el 18 de febrero de 2020, se procede a cumplir y acatar el mismo, reintegrando Laboralmente al señor **EDINSON HINESTROZA VALENCIA**, en el cargo de servicios generales y con las funciones asignadas por el Jefe Inmediato, las cuales el trabajador acepta de conformidad.
2. El restablecimiento del contrato ordenado por el Fallo de Tutela se inicia a partir del 20 de febrero de dos mil veinte (2020).
3. Conste que a la fecha de suscripción del presente acuerdo el colaborador en misión reintegrado queda activo al Sistema Integral de Seguridad Social.
4. El trabajador en misión precisa que está conforme y de acuerdo de manera voluntaria, expresa y consciente con lo aquí pactado y que por ello no se lesionan, ni vulneran derechos ciertos e indiscutibles ni desmejoran sus condiciones laborales.
5. El Trabajador se deberá presentar en la empresa usuaria promoambiental en la ciudad de Cali, en el cargo de ayudante de recolección, el día 20 de febrero de 2020.
6. Dicha acta de Reintegro Laboral se firmó el día diecinueve de febrero de 2020, con los puntos 1, 2, 3, 4 y 5 señalados en este documento.
7. **ATIEMPO S.A.S.**, inmediatamente fue notificado del fallo de **primera instancia**, procedió a realizar contacto con el señor **EDINSON HINESTROZA VALENCIA**, Para firmar el acta de reintegro laboral.



8. El señor EDINSON HINESTROZA VALENCIA finalizo su vínculo laboral el día 6 de septiembre de 2019, ATIEMPO S.A.S en cumplimiento Fallo de Tutela de primera instancia del Juzgado dieciocho civiles municipales en oralidad de Cali, lo reintegra el 20 de febrero de 2020.

Para constancia se firma por los que en ella intervienen en Bogota D.C., a los diecinueve (19) días del mes de febrero de 2020.


El Empleador

GUIDO ENRIQUE ANGULO LOPEZ
Gerente General
ATIEMPO S.A.S.

El Trabajador En Misión


EDINSON HINESTROZA VALENCIA
C.C. No. 16.949119



	ACTA REHABILITACION INTEGRAL Y REINCORPORACION LABORAL		Codigo: R-SST22
			Vigencia: 15-11-2018
			Version: 05

1. DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRE COMPLETO		EDINSON HINESTROZA			
NÚMERO DE CÉDULA		16949119		EDAD: 35	
ARL:	AXA COLPATRIA	EPS:	COMFENALCO	FONDO PENSIÓN:	PROTECCION
DIRECCIÓN:		Carrera 120 # 20m-53 Decepaz		TELEFONO	3177286366
E-MAIL:					
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:		06/05/2016		ANTIGÜEDAD:	3 AÑOS- 9 MESES
CARGO DE INGRESO		SERVICIOS GENERALES			
CARGO O FUNCION ACTUAL:		SERVICIOS GENERALES			
JORNADA LABORAL		LUNES A VIERNES HORARIO 7:00 AM A 5:00 PM 1 HORA DE ALMUERZO			
TIPO DE CONTRATO:		INDEFINIDO		T.FIJO	O/LABOR X

2. DATOS DE LA REHABILITACIÓN:				
DIAGNOSTICOS	1. FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO DEL PIE DERECHO			
	2.			
	3.			
ORIGEN	A.L: (X)	E.L: ()	A.C: ()	E.G: ()
2.1. METAS DE REHABILITACION				
FECHA DILIGENCIA	21-02-2020			
REINTEGRO LABORAL	SIN MODIFICACIONES LABORALES (X)	CON MODIFICACIONES LABORALES ()		
REUBICACION LABORAL	TEMPORAL (N/A)	DEFINITIVA (N/A)		
RECONVERSION LABORAL	N/A			
CALIFICACION DE PCL: SI	CALIFICADOR: ARL AXA COLPATRIA	PORCENTAJE: 11.90%	FECHA:	
2.2. RESUMEN DE CASO				
Antecedentes de accidente de trabajo 07-02-2017 con posterior Dx fractura de metatarso, ya calificado por la ARL y proceso de rehabilitación culminado				
2.3. RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICO LABORALES				
1. No presenta recomendaciones para el cargo				
ENTIDAD EMISORA:	ARL ()	EPS ()	IPS (x)	

3. FUNCIONES DEL CARGO
<ul style="list-style-type: none"> Mantener debidamente organizada y limpias las instalaciones de la oficina Atiempo sucursal cali (1 y 2 piso) Recolección de los residuos generados por cada escritorio



**ACTA REHABILITACION
INTEGRAL Y
REINCORPORACION LABORAL**

Codigo: R-SST22

Vigencia: 15-11-2018

Version: 05

- Aseo y Limpieza de escritorios
- Aseo y Limpieza de cocineta

NOTA : Se Le informa al trabajador que este no deberá estar por fuera de las instalaciones de la oficina A tiempo a menos que sea un permiso autorizado

4. OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO DE CASO

El trabajador (a) se compromete a seguir las instrucciones de cuidado dadas por los especialistas tratantes, encargados de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. Así mismo, informarle a su empleador cualquier cambio que afecte su salud, y retroalimentar al Dpto. de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Es obligatorio que realice los ejercicios de pausas activas, enseñadas por su médico tratante.

En cuanto a permisos médicos en horarios laborales para el tratamiento de su patología deben ser coordinados con el Dpto. de Recursos Humanos teniendo en cuenta las políticas de la empresa, previa solicitud con soportes. (Aplica a empleados de planta).

Empleados en misión deben solicitarlos permisos teniendo en cuenta las políticas de la empresa usuaria.

5. EQUIPO PARTICIPANTE DEL PROCESO

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Edmar Hinojosa U.	EMPLEADO (A)	Edmar Hinojosa U.
Claudia Benitez	JEFE INMEDIATO	Claudia Benitez
Isabel Lopez Mejia	ENCARGADO(A) SST - ATIEMPO	Isabel Lopez