

Formato # 1

DOCUMENTOS PENDIENTES

Yo _____ identificado (a) como aparece junto a la firma, soy consciente que en el momento en que firme contrato, quedaron pendientes documentos indispensables para que la empresa pueda afiliarse a mis beneficiarios, me comprometo el día _____ hacer llegar de manera física a la temporal los siguientes documentos :

ENTIENDO QUE EN CASO DE QUE ME FALTE ALGUN CERTIFICADO DE ESTUDIO DEBO DEJAR EN LA TEMPORAL EL ORIGINAL.

Firma _____

CC _____

Fecha _____

AUTORIZACION PROTECCION DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la ley 1581 de 2012 y del Decreto Reglamentario 1377 de 2013, Yo
....., mayor de edad, con domicilio en la
..... identificado con
Numero.....de....., del que acompaño copia, por medio
de la presente solicitud manifiesto la autorización a TEMPORALES PLUS EST SA identificada con
NIT 900.303.953-1 ubicada en la Calle 14 Norte 8N-62 B/ Granada, para acceder a mis datos de
carácter personal.

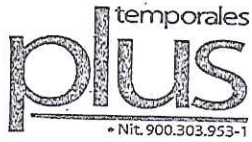
En función de la resolución 1565 de 2014, autorizo el uso de mi información para verificar
comparendos de tránsito y las medidas optadas en los procedimientos de la empresa.

Que esta información comprenda de modo legible e inteligible los datos de base que sobre mi
persona están incluidos en sus ficheros, y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o
tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos
usos y finalidades para los que se almacenaron.

Nombre y firma

CC _____

CONTRATACIÓN



LEY 100

Yo, _____, mayor de edad, identificado (a) con C.C. No _____ de _____, manifiesto que deseo ser afiliado a las siguientes entidades de seguridad social y autorizo a mi empleador para que en mi nombre diligencie los formularios de afiliación de seguridad social integral y adelante los trámites necesarios en caso de presentarse alguna inconsistencia.

FONDO DE PENSIONES (AFP) _____

EPS (SALUD) _____

Entrego toda documentación necesaria para la afiliación de mi grupo familiar a

EPS: SI ___ NO ___

Se encuentra en proceso de traslado de EPS?

SI ___ NO ___

EPS Origen _____

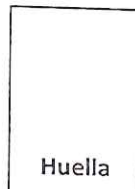
EPS Destino _____

Entrego toda la documentación necesaria para afiliar y recibir subsidio familiar de mis hijos o mis padres a la caja de compensación: SI ___ NO ___

Confirmando que recibí información en los siguientes temas:

1. AFILIACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: La compañía no se hace responsable por la afiliación del grupo familiar si el trabajador no suministra oportunamente la documentación exigida por cada una de las entidades para tal fin, cambio de empleador o afiliación por primera vez.
2. SALUD OCUPACIONAL: En prevención de accidentes laborales y auto cuidado, conozco los riesgos a los cuales estoy expuesto en el lugar de trabajo.
3. EXAMEN MÉDICO DE RETIRO: Cuando se culmine la relación laboral, solicitaré la orden respectiva para un examen médico de retiro en un término no mayor a cinco días hábiles.
4. ACEPTO que recibo de la compañía el carnet de la ARL y el de la empresa.

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
CÉDULA: _____



Huella