


|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
|  | <b>FORMATO HOJA DE VIDA TRABAJADORES</b> | <b>CÓDIGO: GH-F-19</b> |
|  |  | <b>VERSIÓN: 02</b>     |
|  |  | <b>PAGINA 1 DE 1</b>   |

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
|     |     |     |

| 1. INFORMACIÓN PERSONAL  |  |                       |  |           |                       |                             |  |             |  |
|--|--|-----------------------|--|-----------|-----------------------|-----------------------------|--|-------------|--|
| NOMBRES  |  |                       |  | APELLIDOS |                       |                             |  | FOTO        |  |
| CÉDULA   |  |                       |  | EXPEDIDA  |                       | FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO |  |             |  |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO   |  |                       |  | BARRIO    |                       | CIUDAD                      |  |             |  |
| TELÉFONO FIJO  |  | TELÉFONO CELULAR No.1 |  |           | TELÉFONO CELULAR No.2 |                             |  |             |  |
| ESTADO CIVIL   |  |                       |  | HIJOS     |                       | NÚMERO                      |  | CONVIVENCIA |  |
| <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Pareja   Otro: |  |                       |  |           |                       |                             |  |             |  |

| 2 INFORMACIÓN COMPOSICIÓN FAMILIAR CON QUIÉN VIVE |            |          |  |
|---|------------|----------|--|
| NOMBRE COMPLETO                                   | PARENTEZCO | TELEFONO |  |
| 1   |            |          |  |
| 2   |            |          |  |
| 3   |            |          |  |
| 4   |            |          |  |
| 5   |            |          |  |
| 6   |            |          |  |

| 3. REFERENCIAS      |                     |            |          |              |
|---------------------|---------------------|------------|----------|--------------|
| TIPO DE REFERENCIA  | NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | TELEFONO | VERIFICACION |
| REFERENCIA FAMILIAR |                     |            |          |              |
| REFERENCIA PERSONAL |                     |            |          |              |

| 4. EDUCACION PREGRADO O POSTGRADO  |                   |  |                    |                                   |
|--|-------------------|--|--------------------|-----------------------------------|
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD), RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). <b>ANEXAR SOPORTE</b> |                   |  |                    |                                   |
| MODALIDAD ACADÉMICA  | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | AÑO DE TERMINACIÓN | VERIFICACIÓN CON<br>SOPORTE ANEXO |
|  |                   |  |                    |                                   |
|  |                   |  |                    |                                   |
|  |                   |  |                    |                                   |
|  |                   |  |                    |                                   |

| 5. FORMACION   |                      |                                 |                    |                                   |
|--|----------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN TIPO DE FORMACION ESCRIBA: DI (DIPLOMADO), CU (CURSO), SE (SEMINARIO), <b>ANEXAR SOPORTE</b> |                      |                                 |                    |                                   |
| TIPO DE FORMACIÓN  | CERTIFICADO<br>SI NO | NOMBRE DE LA FORMACIÓN RECIBIDA | AÑO DE REALIZACIÓN | VERIFICACIÓN CON<br>SOPORTE ANEXO |
|  |                      |                                 |                    |                                   |
|  |                      |                                 |                    |                                   |
|  |                      |                                 |                    |                                   |
|  |                      |                                 |                    |                                   |
|  |                      |                                 |                    |                                   |

| 6. EXPERIENCIA LABORAL   |                 |  |  |              |
|--|-----------------|--|--|--------------|
| REFERENCIARLA DE MANERA CRONOLÓGICA. TODA EXPERIENCIA LABORAL QUE SE REFERENCIE DEBE VENIR CON SU RESPECTIVO CERTIFICADO LABORAL ANEXO, DE IGUAL MANERA SE VERIFICARÁ DE MANERA TELEFÓNICA <b>ANEXAR SOPORTE</b> |                 |  |  |              |
| EMPRESA: 1   |                 |  |  | VERIFICACIÓN |
| NOMBRE CONTACTO:   |                 |  |  |              |
| CIUDAD:  |                 |  |  |              |
| PERIODO LABORADO   | TIEMPO EN MESES |  |  |              |
| TELEFONOS  |                 |  |  |              |
| EMPRESA: 2   |                 |  |  | VERIFICACIÓN |
| NOMBRE CONTACTO:   |                 |  |  |              |
| CIUDAD:  |                 |  |  |              |
| PERIODO LABORADO   | TIEMPO EN MESES |  |  |              |
| TELEFONOS  |                 |  |  |              |
| EMPRESA: 3   |                 |  |  | VERIFICACIÓN |
| NOMBRE CONTACTO:   |                 |  |  |              |
| CIUDAD:  |                 |  |  |              |
| PERIODO LABORADO   | TIEMPO EN MESES |  |  |              |
| TELEFONOS  |                 |  |  |              |

|   |                                   |                                |                 |          |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|----------|
| <br><small>Transporte de carga sólida y líquida de Colombia S.A.S</small>   | FORMATO HOJA DE VIDA TRABAJADORES |                                | CÓDIGO: GH-F-19 |          |
|   |                                   |                                | VERSIÓN: 02     |          |
|   |                                   |                                | PAGINA 1 DE 1   |          |
|   |                                   |                                | Día Mes Año     |          |
| FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:  |                                   |                                |                 |          |
| 7. INFORMACIÓN SEGURIDAD SOCIAL   |                                   |                                |                 |          |
| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)  |                                   |                                |                 |          |
| FONDO DE PENSIONES  |                                   |                                |                 |          |
| TIPO DE SANGRE  |                                   | CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA |                 | TELÉFONO |
| 8. AUTORIZACIÓN COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN  |                                   |                                |                 |          |
| <p>Yo, mayor de edad, en ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA DE FORMA PERMANENTE E IRREVOCABLE, concreta, suficiente, voluntaria, informada a esta empresa y/o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, al proveedor de información, administrador de base de datos, central de riesgo ha: almacenar, capturar, tratar, procesar, operar, verificar, transmitir, transferir, usar, poner en circulación, consultar, divulgar, reportar y solicitar toda la información que se refiere a nuestro comportamiento de servicios de los cuales somos sus titulares, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a nuestro comportamiento e historial en los contratos, relaciones contractuales, aplicativos con datos públicos, sistemas de información, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de entrega, cuidado, prevención y manejo de dineros en los contratos, aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual celebración de un contrato, para que dicha información sea concernida y reportada en cualquier sistema de información, banco de datos, central de riesgos o base de datos. Declaro que la información contenida en este formato es veráz y autorizo a TRANSOLICAR para que realice las consultas de los antecedentes de seguridad a mi nombre.</p> |                                   |                                |                 |          |
| 8. ANEXOS REQUERIDOS  |                                   |                                |                 |          |
| <div>- Fotocopia cédula <input type="checkbox"/></div> <div>- Certificados de educación <input type="checkbox"/></div> <div>- Certificados de formación <input type="checkbox"/></div> <div>- Certificados de experiencia <input type="checkbox"/></div> <div>- Camet de vacunación vigente <input type="checkbox"/> (FIEBRE AMARILLA)</div> <div>- Certificación bancaria <input type="checkbox"/></div>   |                                   |                                |                 |          |
| <div>FIRMA Y CÉDULA</div> <div>CONSULTA DE INFORMACIÓN Y ANTECEDENTES</div> <div>CONTRALORIA <input type="checkbox"/> PROCURADURIA <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/> LISTA CLINTON <input type="checkbox"/></div> <div>REGISTRO DE HUELLAS MANO DERECHA</div> <div><div>Pulgar</div><div>Índice</div><div>Corazón</div><div>Anular</div><div>Meñique</div></div>  |                                   |                                |                 |          |
| 9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TRANSOLICAR   |                                   |                                |                 |          |
| <input type="checkbox"/>  | TRABAJADOR APROBADO               | NOMBRE DE QUIÉN VERIFICA       |                 |          |
| <input type="checkbox"/>  | TRABAJADOR NO APROBADO            | FECHA DE REVISIÓN              |                 |          |