



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Dirígete a tu Hoja de vida en letra clara y legible

Fecha 08 / 07 / 2023 Empleo o cargo al que aspira Conductor

I. INFORMACION GENERAL

RESPUESTA OPCIONAL ART. 111, DECRETO 2150 DE 1995
ART. 3 COMENDO III CITE

Apellido(s) del aspirante Cruz Ortiz Nombre(s) del aspirante Carlos Alberto

Fecha de Nacimiento 17 / 10 / 64 Lugar de Nacimiento Cali - Valle

Dirección domicilio / Barrio Cra 13A # 22-28 - La Estancia Ciudad Yumbo - Valle

Teléfono 695-55-34 No. Celular 313-750-28-86

Correo electrónico carelocruz@gmail.com Nacionalidad Colombiano

Profesión, ocupación u oficio Conductor (*) Estado civil Casado Años de experiencia laboral 25 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía N° 16-703-759 (*) Libreta militar N° 16703759 Primera clase:

Extranjeria: Expedida en Cali

Distrito N°

Segunda clase:

Tarjeta profesional N° — ¿Tiene vehículo? Si No Licencia de conducción N° 16703759 Categoría C2

II. PERFIL LABORAL

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

Graduado de Secundaria en el año 1983 y desde el año 1998 saqué mi licencia de conducción desempeñandome como Taxista hasta el año 2022, aplicando efectivamente las normas de tránsito establecidas, cumpliendo con las leyes de este país. (Tigabalo - Independiente)

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si No En qué empresa? _____ Empleado Tipo de contrato: _____

Independiente
¿Trabajó antes en esta empresa? Si No ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No Fecha — Conoce a alguien de esta empresa? Si No Nombre Arbey Escazo
Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No Nombre — ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio Amigo Redes Sociales
Dependencia Por medio de agencia Otro ¿Cuál? —

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o zona distinta al inicialmente contratado? Si No Vive en casa: Facilidad Propia Alquiler Nombre del arrendador — Teléfono — Hasta cuánto tiempo reside en este lugar? 27 años

Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No Describa e indique su valor mensual — ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000

¿Por qué concurre? Hogar ¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.500.000

¿Cuál es su principal afición? Pesca ¿Practica algún deporte? Si No ¿Cuál(es)? —

Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otras? Si No ¿Cuál(es)? —

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposo(s) o compañero(s) Adriana Lasschondo B.		Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa	Empresa donde trabaja —	
Cargo actual —	Dirección —	Teléfono —	Ciudad —	
Nº de personas que dependen económicamente de usted 1	Parentesco Esposa		Edades 55	
Nombre(s) padres(s) Edilma Cruz de Cruz		Profesión, ocupación u oficio Pensionada	Teléfono(s) 695 53 88	
Raul Cruz		Pensionado	695 53 88	
Nombre(s) Hermanos(s) Elvira Cruz Ortiz Vilma Cruz Ortiz Faeride Cruz Ortiz		Profesión, ocupación u oficio Socabajadura social / Pensionada Trabajos Verdes Oficios	Teléfono(s) 312 290 2007 315 533 2424 314 543 6426	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑO CURSOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD				
Primaria	51	1971	5	—	Escuela Juan XXIII	Yumbá			
Bachillerato Académico	X	Técnico	1983	Bachiller	José María Carbó	Cali			
Comercial		Otro							
Educación Superior		Técnico	—	—	—	—			
		Tecnológico	—	—	—	—			
		Profesional	—	—	—	—			
Postgrados						—			
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución					
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?			Duración (años, semestres, meses)	Año y semestre que cursa				
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	—	—		—	—				
Nombre de la institución				Horario	Domingo	Fin de semana			
				Nocturno	—	A distancia			
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique si 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 type="checkbox"/>	1.	—	R B MB	3	—	—	—	R B MB
¿Qué programas maneja?	—	2.	—	R B MB	4	—	—	—	R B MB
Idiomas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	—	Escucha	Lectura	Escritura	Habla	—	—
¿Qué idioma(s) conoce?	—	2.	—	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB	—	—

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANOJO SERA 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 N A	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$	
Funciones realizadas —						
Nombre de su jefe inmediato —	Cargo —					
Logros obtenidos —						
Tipo de contrato: fijo/fijo		¿Cuánto tiempo? Fijo	Contrato directo con la empresa	Otro	¿Cuál?	
Contrato por medio de agencia						
Horario de trabajo	Tiempo completo	1/2 Tiempo	Por Horas	Jornada:	Diurna	
Motivo del retiro				Nocturna	Otra jornada	
- Trabajo Independiente.						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial
		0 M A	0 M A	\$
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato	Cargo			
Logros obtenidos				
Tipo de contrato	Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" 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				

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial
		0 M A	0 M A	\$
Funciones realizadas				
Nombre de su jefe inmediato	Cargo			
Logros obtenidos				
Tipo de contrato	Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa <input checked="" 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				

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Natalia Lasaahondo B.	Ocupación Abogada	Dirección Zumbo clle 2-214	Teléfono 316455-55-17
2.	Nombre Alberto Londoño C.	Ocupación Pensionado	Dirección La Estancia	Teléfono 3186423796

Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

1.	Nombre Adriana Lasaahondo	Ocupación Anciana casa	Dirección Cra 13A # 22-28	Teléfono 3128379992
2.	Nombre Edilma Oatiz	Ocupación Pensionada	Dirección Cra 14 # 22-29	Teléfono 695-53-88

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



Marque con una X

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acuda a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros lo avisaremos.	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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis) <i>[Signature]</i>	<i>Carlos D. Cruz O.</i> 16703759 Clz





Liberad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 16703759

NOMBRE

CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ

FECHA DE NACIMIENTO

17-10-1964

FECHA DE EXPEDICIÓN

08-07-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

SANGRE-RH

B+



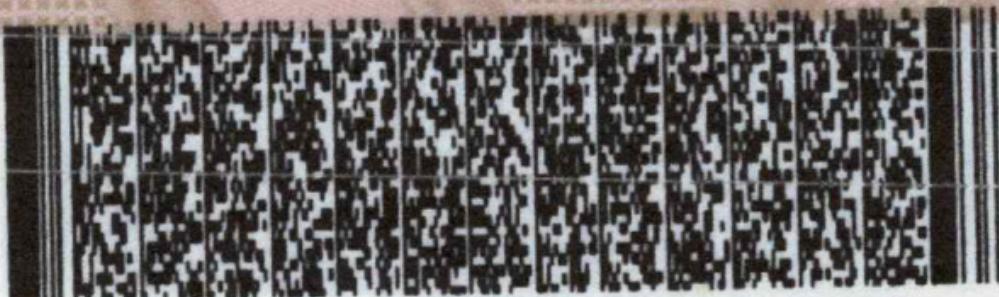
República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

ESTRÍA TTOyTTE FLORIDA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	08-07-2030	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	08-07-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	08-07-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001643676



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 27.502

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	04 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS				TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
CRUZ ORTIZ CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	60 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC	16703759
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
Observaciones: APTITUDES PSICO-MOTRICES (TODOS) APROBADO							
APTO	PARA CONDUCTOR						
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	COLESTEROL TOTAL		✓
AUDIOMETRÍA				✓	TRIGLICERIDOS (TGS)		✓
VISIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
GLUCOSA SERICA				✓	-----		-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							

Médico

PAOLA ANDREA DONNEYS
Expediente de Salud Ocupacional
Expo. Salud Ocupacional
RM. 761085 - LSO-043071-5534 Col.

Firma:

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA

R. M.: 761085

L.S.O.: 1622-21

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CRUZ ORTIZ CARLOS ALBERTO

CC: 16703759

Código de Seguridad

G837M1S27502

Fecha creación reporte: 2025-09-25, 03:53:29 PM

Tipo Planilla:

E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

Número Planilla: 1075207286

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: septiembre de 2025

PAGADO 25/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS	Nombre Sucursal	ESTANCIA	Código Sucursal	001
Documento	NI900772097	Dirección	CR 14 #20 - 36 BARRIO LA ESTANCIA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	3168238130		
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	SUCURSAL		
Ciudad	YUMBO	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	ERAZO TORO ARBEY	Identificación	CC 6345730		
Total Afiliados	6	ARP	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NG	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	VSP	COR	VST	SIN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SEN	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1088651399	JOHAN DAVID INGUILAN PUETATE	01	00									0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800						
CC 1118259887	JORGE DAVID RIVERA ESCOBAR	01	00	X								0	21	21	21	21	(230301) PORVENIR	\$ 996.450	\$ 159.500	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 996.450	\$ 39.900	4,350	\$ 996.450	\$ 43.400	(CCF57) COMFANDI	\$ 996.450	\$ 39.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 282.700						
CC 16458916	LUIS NERY VILLEGAS VIDAL	01	00									0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800						
CC 16461480	FABIAN SANCHEZ SALAS	01	00									0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800						
CC 16703759	CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ	01	00									0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800						
CC 16705568	ABEL JAIMES VELANDIA	01	00									0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800						

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 1.298.500	\$ 324.900	\$ 353.400	\$ 324.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.301.700	\$ 4.800	\$ 2.306.500



ALIANZA S.A.S.
Nit . 900772097-0

CERTIFICACIÓN LABORAL

TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA S.A.S Nit. 900.772.097-0, Certifica que el Señor CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ identificado con C.C 16703759 Labora en esta Empresa, desde el 7 de abril 2025, desempeñando el cargo de **conductor**, con contrato de trabajo a término indefinido el cual se encuentra vigente a la fecha, con un salario Mínimo Mensual Legal Vigente por valor de Un Millón cuatrocientos veintitrés mil quinientos pesos m/cte. (\$1.423.500), quien realiza sus funciones de manera responsable y eficaz.

Para constancia se firma en Yumbo el día 16 del mes de octubre de 2025

Atentamente,

Arbey Erazo Toro
C.C. 6.345.730
Tel. 3136258834