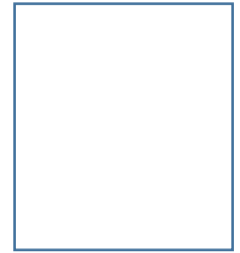


**HOJA DE VIDA CONDUCTOR**



Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono y/o Celular: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguineo: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: **Primaria** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **Secundaria** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Profesional** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**ENTIDAD DE SALUD A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO**

**Entidad** \_\_\_\_\_

Régimen: **Contributivo** \_\_\_\_\_ **Subsidiado** \_\_\_\_\_ **Beneficiario** \_\_\_\_\_ **Pensionado** \_\_\_\_\_

**No tiene** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_

**PENSION Y RIESGOS LABORALES**

Es pensionado SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

Afiliado a Riesgos Laborales: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ARL \_\_\_\_\_

**GRUPO DE TRABAJO AL QUE PERTENECE:**

Administrativo \_\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Operativo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

**TIPO DE CONTRATO CON EL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO**

Laboral \_\_\_ Contratista \_\_\_ Arrendamiento \_\_\_ Otro \_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

Cargo o denominación de la prestación del servicio

\_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA EN LA CONDUCCION.**

\_\_\_\_\_ Años

Licencia de Conducción No. \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Inscripción en el Runt: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**TIPO DE VEHÍCULO QUE CONDUCE**

Modalidad: \_\_\_\_\_ Placa \_\_\_\_\_ No. Orden: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PROPIETARIO**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_, en calidad de Asociado (a) y propietario (a) del vehículo de placas \_\_\_\_\_, mediante la presente declaración AUTORIZO al Conductor \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ para que conduzca y opere el vehículo de mi propiedad vinculado a esta empresa de acuerdo a las normas de tránsito y transporte existentes en nuestro país y de acuerdo a las reglamentaciones que la Empresa expida en virtud de la prestación del servicio de transporte.

Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_

Firma y C.C. No. \_\_\_\_\_

Acepto (Conductor), \_\_\_\_\_

C.C. No.

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Cooperativa Nariñense de Taxistas COONARTAX LTDA, en calidad de empresa de Transporte Público de Pasajeros en vehículo tipo taxi y de acuerdo a sus actividades conexas y complementarias entre las que se destaca la venta de combustibles y lubricantes, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, así mismo nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de las operaciones o contratos que usted solicite o celebre con la Cooperativa, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas, a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos, lo anterior de conformidad a lo definido en la Ley y al desarrollo de las funciones propias de su actividad de transporte.

Por lo tanto por vía de este documento, en su calidad de titular de la información, AUTORIZA a COONARTAX LTDA para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de sus datos personales, incluyendo datos sensibles, como sus huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley. Mediante la firma del presente documento, manifiesta que reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante COONARTAX LTDA, como Responsable del Tratamiento, cuya página web es: [www.coonartax.com](http://www.coonartax.com) y su teléfono de atención es 7297786.

Firma del conductor

Acepto, \_\_\_\_\_  
C.C. No.

## REQUISITOS PARA EL REGISTRO DEL CONDUCTOR

1. Fotocopia Cédula de Ciudadanía.
2. Fotocopia de la Licencia de Conducción Vigente
3. SIMMIT
4. Dos fotografías tamaño 3x4 fondo azul.
5. Fotocopia del carnet de afiliación a salud.
6. Antecedentes disciplinarios en procuraduría, contraloría, y pasado judicial.
7. Allegar constancias y/o soportes académicos relacionados con la labor que va a desempeñar y soportes que demuestren el tiempo de experiencia de operatividad del vehículo de los últimos dos años.

Nombre Conductor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

C.C. No. \_\_\_\_\_



HUELLA