Zidcar S.A.S Transporte Especial de Pasajeros	ZIDCAR S.A.S GESTION DE TALENTO HUMANO	Código: FR-GTH-007
		Versión: 05
	HOJA DE VIDA PERSONAL	Fecha: 19-11-2020
		Página 1 DE 5

Administrativo Operativo



CARGO O ÁREA A LA QUE SE PRESENTA

DATOS GENERALES

1 INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido Quintero Segundo Apellido Suárez

Nombres Alejandra María Edad 44 años

Lugar de Nacimiento Pereira Fecha de Nacimiento 12-09-1979

Nacionalidad Colombiana. Cédula de Ciudadanía No 42134927.

Expedida en Pereira. Libreta Militar No. _____

Distrito _____ Año _____ Clase _____ Estado Civil Casada

Profesión u Oficio Conductora RH O+

Dirección Cll. 37 Nº. 13-168 Vivaz Casa propia _____ Arrendada X

Barrio La Elvira Ciudad Pereira. Celular Nº 3158619753

E-mail:
Licencia No. 42134.927.
Licencia de conducción tipo: C1.

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre Carlos Arturo Quintero. Vive: Si X No _____

Nombre de la Madre Luz Dary Suárez Vive: Si X No _____

Nombre del Cónyuge o Compañera (o) Julio C. Rodríguez Vive: Si X No _____

Edad: 51 años Profesión u Oficio Tec. Electrico Empresa en que trabaja telefonica de colombia

Número de Hijos: 3

Nombre Andres Felipe Rodriguez Edad 26 Dirección

Nombre Camilo Rodriguez Edad 22 Dirección

Nombre Juliana Rodriguez Edad 20 Dirección

Nombre _____ Edad _____ Dirección

Powered by CamScanner

1.2 EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

Nombre Julio L. Rodriguez Parentesco Esposo

Dirección Cll. 37 Nº 13-168 Dosa 2 Teléfono 3162100515

1.3 INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Yo, Alejandra Ma. Quintero. Mayor de edad, vecino y residente en Pereira.

Identificado con C.C. No 42134927. Expedida en Pereira.

Declaro que, es mi Voluntad dejar como beneficiarios de mis prestaciones sociales y demás acreencias laborales derivadas de mi contrato laboral, en caso de fallecimiento a las siguientes personas:

Nombre:	Julio L. Rodriguez	Parentesco:	Esposo.	Porcentaje:	25
Nombre:	A. Felipe Rodriguez	Parentesco:	Hijo	Porcentaje:	25
Nombre:	Camilo Rodriguez	Parentesco:	Hijo	Porcentaje:	25
Nombre:	Juliana Rodriguez	Parentesco:	Hija.	Porcentaje:	25
TOTAL					100%

la presente declaración la hago a los 9 Días del mes de Enero. Firma Alejandra Ma. Quintero.

1.4 INFORMACIÓN SEGURIDAD SOCIAL

Fondo Cesantías Porvenir Fondo Pensiones Protección E.P.S. Sanitas

ARL Sura. Seguro exequial Cooperpark

Antecedentes Clínicos Higroma.

Alérgico a:

1.5 REFERENCIAS PERSONALES

Referencia No 1

Nombres Sandra Ramirez. Apellidos 3148159557

Ocupación Ama de casa. Teléfono

Dirección Cuba. Barrio Bella Sardi

Parentesco Amiga. Confirmación

Referencia No 2

Nombres Adriana Rodriguez. Apellidos

Ocupación Ama de casa. Teléfono 3176977917

Dirección Cra. 1 # 30-34 P.2 Barrio El Progreso

Parentesco Cuñada. Confirmación

Powered by CamScanner

Referencia No 3			
Nombres	Luz Dary Suárez	Apellidos	
Ocupación	Ama de casa.	Teléfono	3420973.
Dirección	Tejas M.14 C.14	Barrio	Bosques de la guardia
Parentesco	Madre	Confirmación	

Declaro bajo la gravedad de juramento que, los datos antes suministrados son veraces y autorizo a la Compañía Zidcar SAS, a verificar mis datos y referencias sin restricción.

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a ZIDCAR SAS 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 mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de sus instalaciones; así como para documentar las actividades gremiales. Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. Declaro que conozco y acepto el Manual de Tratamiento de Datos Personales de Zidcar SAS, y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante Zidcar SAS, como Responsable del Tratamiento, cuya página web es: www.zidcar.com y su teléfono de atención es 57 +1 2985953-4046799.

Alejandra La. Chaicedo -
FIRMA DEL TRABAJADOR

42134927
Documento de Identidad

Huella

2. ESTUDIOS Y TÍTULOS

2.1 NIVEL DE ESCOLARIDAD

Marque con una X el máximo nivel de escolaridad alcanzado: COM: Completa INC: Incompleta

NIVEL DE ESCOLARIDAD	COM	INC	INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL TÍTULO	ÚLTIMO GRADO CURSADO	AÑO DE INICIO	AÑO DE TERMINACIÓN
Primaria	✓		Col. Maria Auxiliadora	5°		
Secundaria	✓		Ref. Alcantaricas	11°		1996
Técnico						
Tecnólogo						
Otros Cursos	✓		Sistematización de datos.			

Powered by CamScanner

2.2. TÍTULOS UNIVERSITARIOS

PG. Título profesional de Pregrado **E.:** Especialización **M.:** Maestría **D.:** Doctorado

No.	NOMBRE DEL TÍTULO (*)	NIVEL DE FORMACIÓN				INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL TÍTULO	FECHA INICIO Y TERMINACIÓN		FECHA DE GRADO			No. de semestres
		PG	E.	M.	D.		Desde	Hasta	Día	Mes	Año	

(*) Adjuntar fotocopia legible del acta de grado o del diploma de cada uno de los títulos que relacione. Para los títulos obtenidos en el exterior, de debe adjuntar fotocopia de la resolución de convalidación expedida por ICFES

2.3. DIPLOMADOS Y/O CERTIFICACIONES

Nombre del Diplomado	Institución	Fecha	No. de horas

2.4. IDIOMAS

2.3.1 Manejo de un segundo idioma

Idioma	Institución	Duración	
		Desde	Hasta

(*) Para acreditar el manejo segundo idioma: Certificado de Suficiencia del dominio de una segunda lengua; Diploma de especialista, maestría o doctorado o equivalente, expedido en el idioma en el cual se realizó los estudios, realizados bajo la modalidad presencial

2.5. CURSOS, SEMINARIOS, CONGRESOS, ETC

NOMBRE	LUGAR	DESDE			HASTA		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Tecnico Sistematizacion de datos	American Business School.						

Powered by CamScanner

3. REFERENCIAS LABORALES

Se deben referenciar mínimo 3 referencias laborales y 3 referencias personales.

* Toda la información relacionada con referencias debe contar con los respectivos soportes que acrediten su veracidad, para posterior confirmación y validación.

Empresa: Zidear Cargo: Coor. Operativo Salario: 1.500.000

Funciones: Coordinadora de Operaciones Flota con contratos

Jefe Inmediato: Juan C. Pardo Dirección: Cll. 14 23-72 of 304 Teléfono:

Periodo de Laborado: Causa terminación:

Empresa: Zidear. Cargo: Conductora Salario: Mínimo

Funciones: Conductora para contrato Caider.

Jefe Inmediato: Juan C. Pardo Dirección: Cll. 14 23-72 of 304 Teléfono:

Periodo de Laborado: 21 Meses. Causa terminación: Ascenso a coordinadora

Empresa: Transportes Santander. Cargo: Conductora Propietaria. Salario:

Funciones:

Transporte de pasajeros escolares. (Propietaria de Microbus)

Jefe Inmediato: Julian Santander Dirección: Teléfono: 3147576864

Periodo de Laborado: 15 años Causa terminación: Venta de vehículo

Firma:

Alejandra Ma. Quintero.

Cédula: 42134.927

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.134.927**

QUINTERO SUAREZ

APELLIDOS

ALEJANDRA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1979**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-SEP-1997 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402500-00246381-F-0042134927-20100727 **00230**74974A 1 4900745681

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ZIDCAR S.A.S**, identificada con **NI** número **900310208**, aportó por **ALEJANDRA MARIA QUINTERO SUAREZ** identificado(a) con **CC** número **42134927** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2024 y 07 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1								X							0		30	$1,787,191	0.04350	$77,800	$0	$0	Diciembre - 2024	83168213	08/01/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1								X							0		30	$1,787,191	0.04000	$71,500	$0	$0	Diciembre - 2024	83168213	08/01/2025	Si
230301	Porvenir	1								X							0		30	$1,787,191	0.16000	$286,000	$0	$0	Diciembre - 2024	83168213	08/01/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1								X							0		30	$1,787,191	0.04000	$71,500	$0	$0	Enero - 2025	83168213	08/01/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,900,000	0.04350	$126,200	$0	$0	Enero - 2025	83840467	06/02/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Enero - 2025	83840467	06/02/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,900,000	0.16000	$464,000	$0	$0	Enero - 2025	83840467	06/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Febrero - 2025	83840467	06/02/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		25	$2,416,667	0.04350	$105,200	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1												X			0		5	$483,334	0.00000	$0	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		25	$2,416,667	0.04000	$96,700	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1												X			0		5	$483,334	0.04000	$19,400	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		25	$2,416,667	0.16000	$386,700	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
230301	Porvenir	1												X			0		5	$483,334	0.16000	$77,400	$0	$0	Febrero - 2025	84748995	05/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		25	$2,416,667	0.04000	$96,700	$0	$0	Marzo - 2025	84748995	05/03/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1												X			0		5	$483,334	0.04000	$19,400	$0	$0	Marzo - 2025	84748995	05/03/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,900,000	0.04350	$126,200	$0	$0	Marzo - 2025	85680736	09/04/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Marzo - 2025	85680736	09/04/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,900,000	0.16000	$464,000	$0	$0	Marzo - 2025	85680736	09/04/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Abril - 2025	85680736	09/04/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,900,000	0.04350	$126,200	$0	$0	Abril - 2025	86421215	07/05/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Abril - 2025	86421215	07/05/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,900,000	0.16000	$464,000	$0	$0	Abril - 2025	86421215	07/05/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Mayo - 2025	86421215	07/05/2025	Si

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,900,000	0.04350	$126,200	$0	$0	Mayo - 2025	87064466	05/06/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Mayo - 2025	87064466	05/06/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,900,000	0.16000	$464,000	$0	$0	Mayo - 2025	87064466	05/06/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Junio - 2025	87064466	05/06/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$2,900,000	0.04350	$126,200	$0	$0	Junio - 2025	87917363	04/07/2025	Si
CCF44	Comfamiliar Risaralda Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Junio - 2025	87917363	04/07/2025	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$2,900,000	0.16000	$464,000	$0	$0	Junio - 2025	87917363	04/07/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$2,900,000	0.04000	$116,000	$0	$0	Julio - 2025	87917363	04/07/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Julio** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.