

	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	Código: GPP-F-17
	<b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 06 de 2019
		Página: 1 de 4
<b>FORMATO HOJA DE VIDA</b> POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____		

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <i>Grances</i>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <i>Arutalo</i>	NOMBRES <i>Kora del Campesin</i>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		

**2 - FORMACION ACADEMICA**

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA  
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 8° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: <i>Bachiller Académico</i>		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	AÑO	
				X							<i>11</i>	<i>1986</i>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)  
 DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CROKOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA)                      TL (TECNOLOGIA)                      TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)                      UN (UNIVERSITARIA)

ESP (ESPECIALIZACIÓN)                      ING (MAESTRIA O MAGISTER)                      DDC (DOCTORADO O PHD)

ELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL ( SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION		No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<i>Profesional</i>	<i>10</i>	<i>X</i>		<i>Licenciada en Ciencias Exactas</i>	<i>02</i>	<i>1999</i>	
<i>Especialista</i>	<i>2</i>	<i>X</i>		<i>Especialista en Comercio Exterior</i>	<i>08</i>	<i>2002</i>	
<i>Magister</i>	<i>2</i>	<i>X</i>		<i>Grances de la Educacion</i>	<i>12</i>	<i>2014</i>	



**PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Código: GPP-F-17  
 Versión: 1.0  
 Fecha: Marzo 06 de 2019  
 Pagina: 2 de 4

**3 - EXPERIENCIA LABORAL**

EMPRESA O ENTIDAD <i>Universidad Tecnológica del Chocó</i>			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Oribís</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>contactos@ut ch.edu.co</i>			
TELEFONO <i>6726565</i>	FECHA DE INGRESO DIA <i>07</i> MES <i>07</i> AÑO <i>1989</i>		FECHA DE RETIRO DIA <i>01</i> MES <i>31</i> AÑO <i>2003</i>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Secretaria</i>		DEPENDENCIA <i>Universidad Tec.</i>	DIRECCION <i>calle 24 B / Mediano</i>		

EMPRESA O ENTIDAD <i>Universidad Tecnológica del Chocó</i>			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Oribís</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>contactos@ut ch.edu.co</i>			
TELEFONO <i>6726565</i>	FECHA DE INGRESO DIA <i>01</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2003</i>		FECHA DE RETIRO DIA <i>12</i> MES <i>31</i> AÑO <i>2005</i>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>profesional universitaria</i>		DEPENDENCIA <i>Auditoría Inst.</i>	DIRECCION <i>calle 24 B / Mediano</i>		

EMPRESA O ENTIDAD <i>Universidad Tecnológica del Chocó</i>			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Oribís</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>contactos@ut ch.edu.co</i>			
TELEFONO <i>6710274</i>	FECHA DE INGRESO DIA <i>01</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2006</i>		FECHA DE RETIRO DIA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2006</i>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Docente Catedrática</i>		DEPENDENCIA	DIRECCION		

EMPRESA O ENTIDAD <i>Universidad Tecnológica del Chocó</i>			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Oribís</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>contactos@ut ch.edu.co</i>			
TELEFONO <i>6710274</i>	FECHA DE INGRESO DIA <i>01</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2009</i>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Docente tiempo completo</i>		DEPENDENCIA	DIRECCION		

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA	DIRECCION		

**5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES


OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	30	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**6 - CONDICION DEL POSTULADO**

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO      SI       NO

PERTENEZCO AL SINDICATO       CENTRAL O CONFEDERACION

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR \_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

**7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION**