El empleo es de todos · Mintrabajo	**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: 1 de 4

FORMATO

HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _ CAFABA

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (0 CASADA)*	*NOMBRES*
RESTREPO	GUTIERREZ	DANNA MARCELA

DOCUM

ML

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TITULO OBTENIDO:* BACHILER TECNICA SALUD Y NUTRICIÓN						
PRIAMRIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	2	0	1	4

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

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

ESP (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE 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	

4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
OPTICA COSOCIAL SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
SANTANDER	BARRANCABERMEJA	opticacosocial@hotmail.com

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3142677608	DIA 01 MES 03 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
ASESOR DE VENTAS	VENTAS	CARRERA 19 N° 49 - 52

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CLINISERVICE S.A.S.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
SANTANDER	BARANCABERMEJA	

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3174347914	DIA 01 MES 06 AÑO 2018	DIA 01 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FACTURACION	CARRERA 17 No. 57 - 119

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO DESEMPEÑADO				

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

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 _____ CAFABA

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN