

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

Página: 1 de 4

**FORMATO
HOJA DE VIDA**

**POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ____ BARRANQUILLA. COMBARRANQUILLA**

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) NAVARRO	NOMBRES RODRIGO JOSE
-------------------------------------	---	--------------------------------

2 - FORMACIÓN ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 8° A 11° DE

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO						
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	X	MES	11	AÑO	1	9	8	0

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)

TL (TECNOLOGIA)

TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ESP (ESPECIALIZACION)

MG (MAESTRIA O MAOISTER)

DOC (DOCTORADO O PHD)

ESCRIBA 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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION					Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
UNIVERSITARIA	10	X		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	5	1	9	9	1	7053

233



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

Página: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DEL TRABAJO					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD dtatlantico@mintrabajo.gov.co			
TELEFONO 5186868	DIA 0 1		MES 0 2		AÑO 2 0 1 0		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO					DEPENDENCIA DIRECCION		DIRECCION CARRERA 49 N° 72 - 46		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cgr@contraloria.gov.co			
TELEFONO ##	DIA 2 6		MES 0 2		AÑO 1 9 9 6		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO - AUDITOR					DEPENDENCIA FISICO Y GESTION		DIRECCION CALLE 70 N° 52 - 29 PISO 2		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE TECNICAS COMERCIALES					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO SABANALARGA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	DIA 0 1		MES 0 6		AÑO 1 9 9 1		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESOR EN LAS AREAS DE ADMINISTRACION Y ORG. DE OFIC.					DEPENDENCIA RECTORIA		DIRECCION CRA 18 CON CALLE 21		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD RECURSOS HUMANOS LTDA					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	DIA 2 3		MES 0 5		AÑO 1 9 8 9		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ARCHIVO					DEPENDENCIA GERENCIA		DIRECCION CALLE 76 CON CRA 49		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	DIA		MES		AÑO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		

234

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

Página: 3 de 4

4 - CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIA DEL ESTADO - CEMINSA				PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO SABANALARGA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD juliocesardelosreyes@hotmail.com			
TELEFONO 3116648663		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/>					
CARGO DESEMPEÑADO JEFE DE CONTROL INTERNO									

EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SABANALARGA				PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO SABANALARGA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO 3005524864		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>					
CARGO DESEMPEÑADO JEFE DE CONTROL INTERNO									

EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DISTRITAL DE BARRANQUILLA				PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO 3510231		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>					
CARGO DESEMPEÑADO DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO									

EMPRESA O ENTIDAD MUNICIPIO DE SABANALARGA				PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO ATLANTICO			MUNICIPIO SABANALARGA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD humano@sabanalarga-atlantico.gov.co			
TELEFONO 3006601179		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="5"/>					
CARGO DESEMPEÑADO tesorero municipal									

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO DESEMPEÑADO									



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 05 de 2019

Página: 4 de 4

5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	17	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	11

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SINALTRAEMPROS

CUT

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 COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

2016