

	PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	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 _____		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Palacios</i>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <i>Hosquera</i>	NOMBRES <i>Riguilda</i>
------------------------------------	--	----------------------------

2 - FORMACION ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° 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	X	MES	11	AÑO	1	9	8	0

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

EP (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL, (SI ESTÁ HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<i>D.N</i>	<i>9</i>	<i>X</i>		<i>Trabajadora Social - T.S</i>	<i>06</i>	<i>1990</i>	
<i>E.S.P</i>		<i>X</i>		<i>Especialista en Organización y desarrollo comunitario</i>	<i>06</i>	<i>1996</i>	



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Código: GPP-F-17

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD <i>Instituto Colombiano Bienestar familiar (ICBF)</i>	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Quibdó</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1997"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Profesional especializado</i>	DEPENDENCIA <i>Centro Zonal Quibdó</i>	DIRECCION <i>Calle 26 N° 7-07</i>	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Caja de Credito Agrario Chocó</i>	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Quibdó</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="03"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1996"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1997"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Trabajadora Social</i>	DEPENDENCIA <i>Programa Vivir Mejor</i>	DIRECCION <i>Carrera 3ª Calle 35</i>	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Fundación Fes</i>	PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Quibdó</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1995"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1996"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Profesional de apoyo</i>	DEPENDENCIA <i>Sede Quibdó</i>	DIRECCION	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Extras - Solucion Definitiva</i>	PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Quibdó</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="17"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1994"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="1995"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Programa Campesino Chococano "P.CH"</i>	PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Quibdó</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1992"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="1992"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Trabajadora Social</i>	DEPENDENCIA <i>Programa Campesino</i>	DIRECCION	



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

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 DESEMPEÑADO					

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 DESEMPEÑADO					

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 DESEMPEÑADO					

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 DESEMPEÑADO					



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: 4 de 4

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	22	04
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	08
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	

6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

Sindra Bienestar

CENTRAL O CONFEDERACION

central

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 _____

Riquelma Palacios Lopez

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACION