



El empleo es de todos

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

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Navarro</i>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <i>ROTERO</i>	NOMBRES <i>Olivia del Carmen</i>
-----------------------------------	--	-------------------------------------

2 - FORMACION 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 5° A 11° DE

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	11	AÑO	1988

EDUCACION SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, 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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AND	
UN	10	X		Psicología	03	2006	62-160-2006
ESP	2	X		Especialización en Gerencia	02	2007	



El empleo es de todos

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	Gobernación del Quindío				PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia					
DEPARTAMENTO	Quindío		MUNICIPIO	Armenia		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD									
TELEFONO	7417700		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO									
	DIA	03	MES	01	AÑO	19	95	DIA		MES		AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Secretaria del familia			DEPENDENCIA	Sec. familia		DIRECCION					C.A.D.			

EMPLEO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	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								



El empleo es de todos

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	24	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	04	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	28	2

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

Alonso del Carmen Espinoza Bato

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION