

 <p style="font-size: small;">El empleo es de todos</p>	<h2 style="margin: 0;">PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</h2> <h3 style="margin: 0;">FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</h3>	Código: GPP-F-17 Versión: 1.0 Fecha: Marzo 06 de 2019 Pagina: 1 de 4
<p><b>FORMATO</b>  <b>HOJA DE VIDA</b>                  POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO                  CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____</p>		

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA)	NOMBRES
Palacios	Palacios	Hermencia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD PAIS

**2 - FORMACION ACADEMICA**

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1ª A 6ª DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 9ª A 11ª DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:						
PRIMARIA				SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	1	9	8	0


**EDUCACIÓN 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 TITULO OBTENIDO	TERMINACION		NO DE TARJETA PROFESIONAL		
		SI	NO		MES	AÑO			
UN		X		Licenciada Matematica	8	1	9	8	6
ESP	4	X		Especialista Maestría					
				Edad y sea a rayada	12	1	9	9	6

 <b>Ministerio de Educación</b> República de Colombia	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> <b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	Código: GPP-F-17
		Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 06 de 2019
		Página: 2 de 4

**3 - EXPERIENCIA LABORAL**

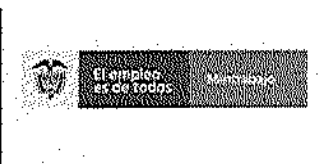
EMPLEO ACTUAL						
EMPRESA O ENTIDAD	Secretaría Educación Municipio Quibdó			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	Chocó		MUNICIPIO	Quibdó	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	01	01	2008			
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Docente		DEPENDENCIA	DIRECCION		
			SED Quibdó	Calle 28 entre 7º y 8º		

EMPLEO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD	Secretaría Educación Dpto Chocó			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	Chocó		MUNICIPIO	Quibdó	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	08	05	1996	31	12	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Docente		DEPENDENCIA	DIRECCION		
			SED Chocó	Calle 30 # 8-08		

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		

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		



# 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 <i>Caja Compensación Familiar de</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Antioquia</i>		MUNICIPIO <i>Suroeste</i>		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO <i>2011</i>			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					

	<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: 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	23	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	7

**6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO**

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

PERTENEZCO AL SINDICATO      UMACH      CENTRAL O CONFEDERACION      C.U.T

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 ANALISIS Y EVALUACION**