

	<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: 3 de abril de 2019
		Página: 1 de 4
<b>FORMATO</b> <b>HOJA DE VIDA</b> <b>POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO</b> <b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____ COMFACHCO</b>		

**1- DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <b>LEMOS</b>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <b>COPETE</b>	NOMBRES <b>JULIA BIANNEY</b>
---------------------------------	--	---------------------------------

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

**2- FORMACION ACADEMICA**

EDUCACION BASICA 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 EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACION BASICA												TITULO OBTENIDO:					
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO:								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	1	9	8	5
												12		1	9	8	5

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)  
 DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

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

ESPECIALIZACION                      MG (MAESTRIA O MAGISTER)                      DCC (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	10	X		ODONTOLOGIA	2	2	0	0	0	R. ODONTOLOGO
UN	10	X		DERECHO	12	2	0	1	5	T.P. 272728
ESP	3	X		ESPECIALIZACION GERENCIA EN SALUD	3	2	0	0	0	
ESP	3	X		ESPECIAL. DERECHO ADMINISTRATIVO	7	2	0	1	7	
MG	1		X	MAESTRIA DERECHO ADMINISTRATIVO						
TC	4	X		MECANICA DENTAL	11	1	0	0	0	



**PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**FORMATO POSTULACION CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Código: GPP-F-17  
Versión: 1.0  
Fecha: 03 ABRIL 2019  
Página: 2 de 4

**3- EXPERIENCIA LABORAL**

**EMPLEO ACTUAL**

EMPRESA O ENTIDAD: GOBERNACION DEL CHOCHO-SECRETARIA SALUD		PUBLICA X	PRIVADA	PAIS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CHOCHO	MUNICIPIO: QUIBDO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:		
TELEFONO: 673 #	FECHA DE INGRESO: DIA: 2 5 MES: 0 7 AÑO: 2 0 1 3	FECHA DE RETIRO: DIA: MES: AÑO:		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA: SECRET SAUD DPTAL	DIRECCION: CALLE 31 #4-44 ESQUINA		

**EMPLEO ANTERIOR**

EMPRESA O ENTIDAD: ESE SALUD CHOCHO		PUBLICA X	PRIVADA	PAIS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: CHOCHO	MUNICIPIO: QUITO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:		
TELEFONO: #	FECHA DE INGRESO: DIA: 0 1 MES: 0 6 AÑO: 2 0 0 6	FECHA DE RETIRO: DIA: 3 1 MES: 0 9 AÑO: 2 0 1 0		
CARGO O CONTRATO ACTUAL:	DEPENDENCIA: SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	DIRECCION:		

**EMPLEO ANTERIOR**

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 O CONTRATO ACTUAL:	DEPENDENCIA:	DIRECCION:		


**EMPLEO ANTERIOR**

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 O CONTRATO ACTUAL:	DEPENDENCIA:	DIRECCION:		

**EMPLEO ANTERIOR**

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 O CONTRATO ACTUAL:	DEPENDENCIA:	DIRECCION:		

279

	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> <b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR</b>	Código: GPP-F-17 Versión: 1.0 Fecha: Marzo 06 de 2019 Pagina: 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  
 Version: 1.0  
 Fecha: Marzo 06 de 2019  
 Pagina: 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	12	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	8

**6- CONDICION DEL POSTULADO**

ME POSTULO EN REPRESENTACION DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICION DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI  NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

**ASINTRAGOBCHOCO**

CENTRAL O CONFEDERACION

CSPC

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 COMPENSACION FAMILIAR

  
 FIRMA

**7- OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION**

Empty box for observations from the analysis and evaluation committee.