	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 <u>CAJAMAG</u>		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lora	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) Vera	NOMBRES Frank Augusto
--------------------------------	--	---------------------------------

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 8° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 9° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico								
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA					FECHA DE GRADO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	12	AÑO	1	9	8	9	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 INDICAR EN ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA EN ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
 EBP (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	10	X		Administrador Publico	10	2013	1076814-7
MG	5	X		Ciencias De la Educacion	5	2017	

169 33

	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 <i>Alcaldía Municipal de Ciénaga Magdalena</i>					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>			MUNICIPIO <i>Ciénaga</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>contactanos@ciénaga-magdalena.gov.co</i>			
TELÉFONO <i>4209654</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>01</i> AÑO <i>2004</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Técnico Administrativo</i>				DEPENDENCIA <i>Sec. Gobierno</i>		DIRECCION <i>carrera 11A N° 8A-23</i>			


EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <i>Calzado Marvi</i>					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>			MUNICIPIO <i>Ciénaga</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>Mariel1901@hotmail.es</i>			
TELÉFONO <i>3017637062</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <i>02</i> MES <i>11</i> AÑO <i>2000</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2003</i>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <i>Almacen el ciclista</i>					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>			MUNICIPIO <i>Ciénaga</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <i>24</i> MES <i>10</i> AÑO <i>1985</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>10</i> MES <i>07</i> AÑO <i>1999</i>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA		DIRECCION			

170 31

	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 08 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	16	192
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	17	204
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	33	396

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO ASOMAG 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 COMPENSACIÓN FAMILIAR. No tengo ninguna inhabilitación para ejercer el cargo



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.