	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 DE NARIÑO		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO	SEGUNDO APELLIDO (CASADA) BASTIDAS	NOMBRES MARIELA DEL SOCORRO
-----------------------------------	--	---------------------------------------

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 8° 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	11	MES	AÑO				
										<input checked="" type="checkbox"/>	7	19	1	9	7	9


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

UNIVERSIDAD (UNIVERSITARIA) TL (TECNOLOGIA) TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ESP (ESPECIALIZACION) MAG (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	AÑO				
LICENCIADO	OCHO	X		LICENCIADO CIENCIAS SOCIALES	19	1	9	8	6	
ESPECIALISTA	DOS	X		ESP. ORIENTACION EDUCATIVA Y DESARROLLO HUMANO	03	2	0	0	0	
ESPECIALISTA	DOS	X		ESP. INTERVENCION Y EVALUACION EDUCATIVA	06	2	0	0	0	

	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		MUNICIPIO DE TUMACO		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
				<input checked="" type="checkbox"/>		COLOMBIA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
NARIÑO		TUMACO		secretariadeeducacion@tumaco-narino.gov.co		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
7276324	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	1	7	0	1	9	9
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCION		
DOCENTE		SIMANA		KRA 23 No. 20 - 80		

EMPLEO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD		MUNICIPIO		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		MUNICIPIO		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		MUNICIPIO		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		MUNICIPIO		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	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	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

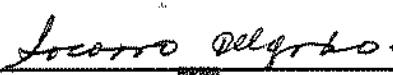
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	31	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	31	

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO Simana. CENTRAL O CONFEDERACION CUT

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 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.