

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
Versión: 1.0
Fecha: Marzo 06 de 2019
Pagina: 1 de 4

FORMATO HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR . CAJACOPI ATLANTICO

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (0 CASADA)	NOMBRES	
SANTIAGO	CARMONA		ADALID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD	PAIS
c.c			
FECH			
FECH			_
PAIS			
DEPT			_
MUNI			

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X ÉL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATRO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6º A 11º DE

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

7				EDUC	ACIÓN E	BÁSICA						TITULO OBTENIDO:		BACH	ILLER A	ACAD	ÉMIC	0	
		PRIAMRI	A			S	ECUND	ARIA		ME	DIA	FECHA DE GRADO							
1	2	3	T	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	1	9	8	1	



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17	
Versión: 1.0	
Fecha: Marzo 06 de 2019	
Pagina: 2 de 4	

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, 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).

		1 00404	1400	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERI	MINACIO	NC		No DE TARJETA
MODALIDAD	NO. SEMESTRES	GRADU		O TITULO OBTENIDO	MES		ΑÑ	10		PROFESIONAL
ACADEMICA	APROBADOS	SI	NO	INGENIERO CIVIL	12	1	9	8	8	08202-39180
UN	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESA	12	1	9	9	2	
MG	6	Х			12	2	0	0	1	
ESP	4	X		INGENIERIA SANITARIA Y AMBIENTAL	12	2	0	0	3	
ESP	2	X		ESTUDIOS PEDAGOGICOS	12			Ľ		
									8 2 1 3	

3 - EXPERIENCIA LABORAL

	EMPLEO ACTUAL			
IPRESA O ENTIDAD		PUBLICA X	PRIVADA	COLOMBIA
EPARTAMENTO DEL ATLANTICO PARTAMENTO ATLANTICO	o BARRANQUILLA	CORREO E		o@atlantico.gov.co
EFONO FECHA DE INGRES	o No 19988	DIA DIA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO AÑO
RGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA SEC. DE AGI	JA POTABLE	DIRECCION	CL 40 No. 45-46
	EMPLEO ANTERIO			
MPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EPARTAMENTO MUNICI	PIO	CORREO	ELECTRONICO ENTIDAD	
ELEFONO DIA MES DIA	AÑO	DIA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCION	



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17	
Versión: 1.0	
Fecha: Marzo 06 de 2019	
Pagina: 3 de 4	

4 - CARGOS DI	RECTIVOS					
EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	A	PRIVADA	PAIS
FOND	OO DE EMPLEADOS DE LA GOBERNA	ACIN DEL ATLANTICO			х	COLOMBIA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTI		
	ATLANTICO	BARRANQUILLA			gerenciafon	deatlan@gmail.com
TELEFONO	FECHA D	DE INGRESO				FECHA DE RETIRO
6053307119	DIA 0 1 MES 0 2	AÑO 1 9 9 9	DIA		MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						
VICEPRES	IDENTE Y ASESOR DE LA JUNTA DIF	RECTIVA				
EMPRESA O ENTIDAD	COMFAMILIAR ATLANT		PUBLIC	A	PRIVADA X	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTI		
	ATLANTICO	BARRANQUILLA				@comfamiliar.co
TELEFONO		DE INGRESO				FECHA DE RETIRO
	DIA 1 5 MES 0 1	AÑO 2 0 2 0	DIA	3 1	MES 1	0 AÑO 2 0 2 0
CARGO DESEMPEÑADO MIEMBRO	DE CONSEJO DIRECTIVO EN REPR	RESENTACION DE LOS TRABAJADORE	S			
EMPRESA O ENTIDAD			PUBLIC	A	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	L	CORREO EL ECT	RONICO ENTIDAD	1

EMPRESA O ENTIDAD		and the second s	PUBLIC	A	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTI	RONICO ENTIDAD	
TELEFONO	DIA MES FECHA	DE INGRESO AÑO	DIA		MES	FECHA DE RETIRO AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17	
Versión: 1.0	
Fecha: Marzo 06 de 2019	
Pagina: 4 de 4	

5 -	TIEMPO	TOTAL	DE	FXP	FR	IENCIA
., -	LILIVIE	IVIAL		$-\Delta$		

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

COLUDACION	TIEMPO DE I	EXPERIENCIA
OCUPACION	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	23	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	6

0	CONDICION	DEL DOCTILL	ADO
0 -	CONDICION	DEL POSTUL	ADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO SI X NO						
PERTENEZCO AL SINDICATO	SINPROGOB	CENTRAL O CONFEDERACION	CONFEDERACION DE TRABAJADORES DE COLOMBIA			
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						
CAJACOPI ATLANTICO.						

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN