

	<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 Pagina: 1 de 4
<b>FORMATO HOJA DE VIDA</b> POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____ COMBARRANQUILLA		

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <i>Canedo</i>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <i>Medina</i>	NOMBRES <i>Luis Esther</i>
----------------------------------	--	-------------------------------

**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: BACHILLER DIVERSIFICADO				
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	2016
				X					X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)  
 DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
 TC (TECNICA)                      TL (TECNOLOGIA)                      TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)                      UN (UNIVERSITARIA)  
 ESP (ESPECIALIZACIÓN)                      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	
TC	6	X		TC Laboral ASIS Armon	9	2015	

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>Agua de Malambo S.A ESP</i>					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO <i>ATLANTICO</i>					MUNICIPIO <i>BARRANQUILLA</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO <i>3760606</i>		FECHA DE INGRESO DÍA <i>13</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2011</i>			FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			DIRECCIÓN <i>Empedrado Calle 12 14-40</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Oficial de Servicio</i>					DEPENDENCIA <i>Comercial</i>			DIRECCIÓN	

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			DIRECCIÓN	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			DIRECCIÓN	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			DIRECCIÓN	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ]			DIRECCIÓN	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	

**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

5

**4 - CARGOS DIRECTIVOS**

EMPRESA O ENTIDAD <i>Sentraquos</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS
DEPARTAMENTO ATLANTICO		MUNICIPIO <i>Molendino</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>Sentraquos@gmail.com</i>		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO <i>Comision de reclamo</i>					

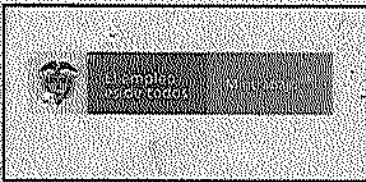
EMPRESA O ENTIDAD FETRACOL			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO SOLEDAD	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

306



# 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  
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	8	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

### 6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO Sintraaguos CENTRAL O CONFEDERACION UTC

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 \_\_\_\_\_

Luis E. Gonzalez M.  
FIRMA

### 7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.