


| | | |
|---|---|---|
|  | 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 . COMFACESAR | | |

1 - DATOS PERSONALES

| | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| PRIMER APELLIDO GUZMAN | SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) CRUZ | NOMBRES EDWIN ARMANDO |
|----------------------------------|--|---------------------------------|

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 | | | | | | FECHA DE GRADO | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | X | MES | 12 | AÑO | 1 | 9 | 9 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 EN ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, 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).

| MODALIDAD ACADEMICA | NO. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACION | | | | | No DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|---|-------------|-----|---|---|---|---------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | | | | |
| UN | Diez | X | | INGENIERO DE SISTEMAS | 12 | 2 | 0 | 0 | 8 | |
| MG | Cinco | X | | Mg. En Gerencia de Proyectos de Investigacion | 5 | 2 | 0 | 1 | 6 | |
| UN | Diez | | X | ABOGADO | 3 | 2 | 0 | 1 | 9 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  | 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 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | | | | | |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Colombia | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO Cesar | | | | MUNICIPIO Valledupar | | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD epacamsvalledupar@inpec.gov.co | | | | | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | MES | | AÑO | | | | | |
| | | 1 | | 9 | | 0 | | 1 | | 2 | | 0 | | 0 | | 1 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Dragoneante | | | | | | DEPENDENCIA C.C.V. | | | DIRECCION Km. 3 Via La Mesa | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|--|-------------------------|--|---|--|--|--|----------|--|-----|--|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | |
| | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Colombia | | | |
| DEPARTAMENTO Cesar | | | | MUNICIPIO Valledupar | | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD valledupar@unad.edu.co | | | | | |
| TELÉFONO 5824634 | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | MES | | AÑO | |
| | | 1 | | 7 | | 0 | | 2 | | 2 | | 8 | |
| CARGO O CONTRATO ANTERIOR Tutor Docente | | | | | | DEPENDENCIA Facultad de Ciencias Basicas | | | DIRECCION calle 39 #4b-02 B. Panama | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|--|-----------|--|-------------|--|----------------------------|-----------|------|--|-----|--|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | MES | | AÑO | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|--|-----------|--|-------------|--|----------------------------|-----------|------|--|-----|--|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | MES | | AÑO | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----|--|-----------|--|-------------|--|----------------------------|-----------|------|--|-----|--|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | MES | | AÑO | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | 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: 3 de 4 |

4 - CARGOS DIRECTIVOS


| | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD SENA Regional Cesar | | | PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PAIS <input type="checkbox"/> |
| DEPARTAMENTO Cesar | | MUNICIPIO Valledupar | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | |
| TELEFONO | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| CARGO DESEMPEÑADO Miembro del Consejo Directivo de la Regional Cesar | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|--|-------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD Caja de Compensación Familiar del Cesar COMFACESAR | | | PÚBLICA <input type="checkbox"/> | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Cesar | | MUNICIPIO Valledupar | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | |
| TELEFONO | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| CARGO DESEMPEÑADO Miembro del Consejo Directivo | | | | | |

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

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

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

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  | 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 | 18 | 11 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 18 | 11 |


6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO CENTRAL O CONFEDERACION

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 _____

COMFACESAR



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN