	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 COMFENALCO ANTIOQUIA		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ARBOLEDA	SEGUNDO APELLIDO (o CASADA) IBARGUEN	NOMBRES YEISON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD PAIS

2 - FORMACION ACADEMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller en Promoción Social							
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		7			
1	2	3	4	X	5	7	8	9	10	X	MES	12	AÑO	2	0	0	2

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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	10	X		Licenciado en Matematicas y Fisica	5	2	0	0	9	

137
10

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Educación del chocó					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO Quibdó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD sedchoco.gov.co				
TELÉFONO 3107255393	DÍA 1 4		MES 0 1		AÑO 2 0 1 9			FECHA DE RETIRO DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] []	
CARGO O CONTRATO ACTUAL docente de aula			DEPENDENCIA I.E SCIPION			DIRECCION CONDOTO-CHOCÓ			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Educación del chocó					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO Acandí		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD SEDCHOCO.GOV.CO				
TELÉFONO	DÍA 1 8		MES 0 9		AÑO 2 0 1 5			FECHA DE RETIRO DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] []	
CARGO O CONTRATO ACTUAL docente de aula			DEPENDENCIA I.E.A DIEGO LUIS CORDOBA			DIRECCION ACANDI-CHOCO			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO medio san Juan		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA 1 2		MES 0 2		AÑO 2 0 1 4			FECHA DE RETIRO DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] []	
CARGO O CONTRATO ACTUAL docente de aula			DEPENDENCIA I.E.A MANUEL E. RIVAS LOBON			DIRECCION BEBEDO			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA [] []		MES [] []		AÑO [] [] [] []			FECHA DE RETIRO DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] []	
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	DÍA [] []		MES [] []		AÑO [] [] [] []			FECHA DE RETIRO DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] []	
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA			DIRECCION			



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 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

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					

137

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 PÚBLICO	9	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	3

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO Unión Sindical Colombiana del Trabajo CENTRAL O CONFEDERACION CTU - USCTRAB

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 X



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN