	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	Código: GPP-F-17
	<b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 06 de 2019
		Página: 1 de 4
<b>FORMATO HOJA DE VIDA</b> <b>POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>		

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <b>Zúñiga</b>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <b>Palacios</b>	NOMBRES <b>Luz Mary</b>
NACIONALIDAD		PAIS

**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 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <b>Licenciada en español y liter</b>					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA			FECHA DE GRADO		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	09	AÑO	20	14

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)

INDICACION 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	



Ministerio del Trabajo y Seguridad Social

# 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 Unidad de Salud Santa Maria S.A.S.	PUBLICA	PRIVADA	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Choco'	MUNICIPIO Quisno'	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD lodykeal@hotmail.com	
TELEFONO 3206156505	FECHA DE INGRESO DIA 09 MES 03 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Secretaria Administrativa	DEPENDENCIA Gerencia	DIRECCION Calle 31 N° 2-42 B/cast	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Apuestas Unidas del Chow	PUBLICA	PRIVADA	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Chow	MUNICIPIO Quisno'	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO 6707044	FECHA DE INGRESO DIA 01 MES 03 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DIA 16 MES 09 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Asistent de Asistencia	DEPENDENCIA Contabilidad	DIRECCION Carretera 6ª N° 24A-38	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Sociedad de Emprendedores de Apuestas P.	PUBLICA	PRIVADA	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Choco'	MUNICIPIO Quisno'	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO 6712518	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 02 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Varios Cargos	DEPENDENCIA	DIRECCION Carretera 6ª B/Alameda	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Caja Agraria - Adecco	PUBLICA	PRIVADA	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Chow	MUNICIPIO Quisno'	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO 6711215	FECHA DE INGRESO DIA 05 MES 03 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 06 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION	

**5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

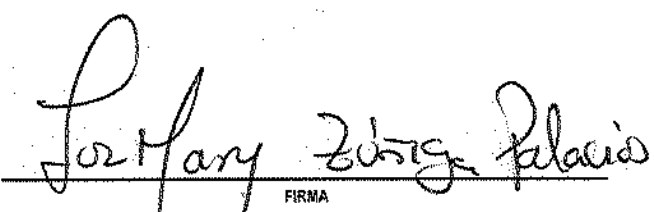
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	2	25
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	286
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>17</b>	<b>311</b>

**6 - CONDICION 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 \_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

**7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACION**