

	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: 1 de 4
FORMATO HOJA DE VIDA POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____ NARIÑO		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ZAMUDIO	SEGUNDO APELLIDO (SI CASADA) SANTACRUZ	NOMBRES FRANCO JESUS
-----------------------------------	--	--------------------------------

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:						
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	D	AÑO	1	9	8	0
										X							

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 COMIENZA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA)
 TL (TECNOLOGIA)
 TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)
 UN (UNIVERSITARIA)

ESP (ESPECIALIZACIÓN)
 MAG (MAESTRIA O MAGISTER)
 DOC (DOCTORADO O PhD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN				NO DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO			
UN	10	X		LICENCIADO EN BASICA PRIMARIA	9	1	9	9	2
ESP	2	X		ESPECIALISTA PEDAGOGIA DEL FOLCLOR	2	2	0	0	0

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 2 de 4

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL										
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO					PUBLICA X		PRIVADA		PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO					
DIA 1 0		MES 1 0		AÑO 2 0 0 6			DIA		MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA DE PAZ					DEPENDENCIA SEM PASTO		DIRECCION BARRIO NUEVO SOL			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO					PUBLICA X		PRIVADA		PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO MARIÑO			MUNICIPIO PASTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO					
DIA 1 6		MES 0 3		AÑO 1 9 8 7			DIA 0 4		MES 0 4	AÑO 1 9 8 8
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE - ESCUELA RURAL MIXTA CUJACAL					DEPENDENCIA SECRETARIA DE GOBIERNO		DIRECCION CUJACAL			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE PASTO					PUBLICA X		PRIVADA		PAIS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO MARIÑO			MUNICIPIO PASTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO					
DIA 0 1		MES 0 9		AÑO 1 9 8 1			DIA 1 5		MES 0 3	AÑO 1 9 8 7
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE					DEPENDENCIA SECRETARIA DE GOBIERNO		DIRECCION			
EMPLEO ANTERIOR										
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 O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION			
EMPLEO ANTERIOR										
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 O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION			

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2018

Página: 3 de 4

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

4- CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES - CUT			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cut@cut.org.co	
TELEFONO 7200860	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>		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
EJECUTIVO SUBDIRECTIVA CUT NARIÑO

EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO - COMFAMILIAR			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD secretariaconsejo@comfamiliarinarino.co	
TELEFONO 3183644451	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> 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
CONSEJERO COMFAMILIAR

EMPRESA O ENTIDAD CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES - CUT			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cut@cut.org.co	
TELEFONO 7200860	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>		

CARGO DESEMPEÑADO
FISCAL SUBDIRECTIVA CUT NARIÑO

EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO - COMFAMILIAR			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD secretariaconsejo@comfamiliarinarino.co	
TELEFONO 3183644451	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <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="8"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <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="8"/>		

CARGO DESEMPEÑADO
VICEPRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO DE COMFAMILIA

EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO - COMFAMILIAR			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NARIÑO		MUNICIPIO PASTO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD secretariaconsejo@comfamiliarinarino.co	
TELEFONO 3183644451	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <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="7"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/>		

CARGO DESEMPEÑADO
PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO DE COMFAMILIA

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 08 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	37	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	37	7

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SIMANA

CENTRAL O CONFEDERACION

CUT

MANIFESTO 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 COMPENSACION FAMILIAR

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACION