



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

132

FORMATO
HOJA DE VIDA
 POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ____ DE NARIÑO

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PANTOJA	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) CORTES	NOMBRES CARLOS ALBERTO
-----------------------------------	--	----------------------------------

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

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA 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)

ESCRIBA 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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION					No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	10	X		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS ENFASIS EN NEGOCIOS INTERNACIONALES	8	2	0	1	0	T.P. 63309
ESP	2	X		ESPECIALISTA EN ALTA GERENCIA	4	2	0	1	2	
MG	4		X	MBA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS TRABAJO DE GRADO						



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
 Pagina: 2 de 4

739

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL													
EMPRESA O ENTIDAD INGELEC SAS						PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cpantoja@ingelec.com.co					
TELEFONO 7335099		DIA 1 3		MES 0 1		AÑO 2 0 1 2		DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENCIA						DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			DIRECCION KRA 44A # 16A-42/URB CALATRAVA				
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INGELEC SAS						PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cpantoja@ingelec.com.co					
TELEFONO 7335099		DIA 13		MES 0 1		AÑO 2 0 1 1		DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECCION ADMINISTRATIVA						DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			DIRECCION KRA 44A # 16A-42/URB CALATRAVA				
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INGELEC SAS						PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cpantoja@ingelec.com.co					
TELEFONO 7335099		DIA 0 1		MES 13		AÑO 2 0 1 0		DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR RECURSOS HUMANOS						DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			DIRECCION KRA 44A # 16A-42/URB CALATRAVA				
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD INGELEC SAS						PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO NARIÑO				MUNICIPIO PASTO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cpantoja@ingelec.com.co					
TELEFONO 7335099		DIA 0 1		MES 1 3		AÑO 2 0 0 8		DIA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR RECURSOS HUMANOS						DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			DIRECCION KRA 44A # 16A-42/URB CALATRAVA				



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: 4 de 4

135

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	3

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

ESTO 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 COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION