	<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</b> <b>HOJA DE VIDA</b> POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CONFENALCO ANTIOQUIA		

**1- DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <b>Angulo</b>	SEGUNDO APELLIDO (P. CASADA) <b>Quiñonas</b>	NOMBRES <b>Jose Miguel</b>
		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>Bachiller Académico</b>					
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	7	ANO	2	0	0	5

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

TC (TECNICA)      TL (TECNOLOGIA)      TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
 (ESPECIALIZACIÓN)      INQ (MAESTRIA O MAISTER)      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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION				Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	ANO			
UN	4	X		Normalista Superior	7	2	0	0	7
TC	2	X		Tecnico En Sistemas	12	2	0	1	1

41      SA



**PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Código: GPP-F-17


Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2013

Página: 2 de 4

**3 - EXPERIENCIA LABORAL**

EMPLEO ACTUAL													
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Educación y cultura de Nariño						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD atencion.ciudadana@medellin.gov.co					
Nombre Roberto Paya													
TELÉFONO 5140200		DÍA 2 7		MES 0 3		AÑO 2 0 1 3		DÍA		FECHA DE RETIRO MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL Docente				DEPENDENCIA C.E Tamaje virgen del Carmen				DIRECCION Riopatia					
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS Colombia			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO						DÍA		FECHA DE INGRESO MES AÑO		DÍA		FECHA DE RETIRO MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA				DIRECCION					
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO						DÍA		FECHA DE INGRESO MES AÑO		DÍA		FECHA DE RETIRO MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA				DIRECCION					
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO						DÍA		FECHA DE INGRESO MES AÑO		DÍA		FECHA DE RETIRO MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA				DIRECCION					
EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD						PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO						DÍA		FECHA DE INGRESO MES AÑO		DÍA		FECHA DE RETIRO MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA				DIRECCION					

	<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: 4 de 4

**5- TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

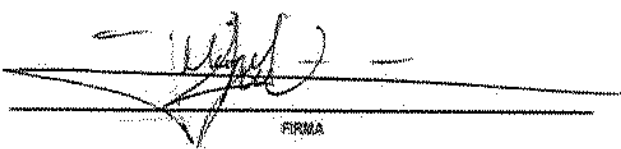
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PÚBLICO	6	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**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 EVALUACIÓN**

Empty box for observations.