	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: 1 de 4

FORMATO

HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALDO, Antioquia

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA)	NOMBRES
Giraldo	García	Luis Octavio

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACION BASICA (MEDIA)

(MARQUE EL ULTIMO GRADO APROBADO) LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE LA ENSEÑANZA SECUNDARIA (MEDIA)

EDUCACION BASICA												TITULO OBTENIDO	Bachiller Pedagogico						
PRIMARIA						SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO							
1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	X	MES	12	AÑO	1	9	8	1	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

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

ESP (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

(COLOQUE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL, SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO				NO. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		Lic. Básica enfasis en Ciencias Naturales	7	2	0	0	1	
ESP	4	X		ESP. Lúdica para desarrollo social y cultural	11	2	0	0	7	

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
Secretaria de Educación de Medellin	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
Antioquia	Medellín	iesrlima@gmail.com

TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2528123	DIA 27 MES 09 AÑO 1995	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Docente	IE Santa Rosa de Lima	Calle 45 G N° 80-95 B Medellín

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

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

4 - CARGOS DIRECTIVOS

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 DESEMPEÑADO

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 DESEMPEÑADO

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 DESEMPEÑADO

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 DESEMPEÑADO

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 DESEMPEÑADO

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	22	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	22	6

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO ADIDA CENTRAL O CONFEDERACION CUT

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 _____

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que no me encuentro incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan los articulos 2 y 3 del decreto 2463 de 1981, 53 de la ley 21 de 1982 y 36 del decreto 341 de 1988, ni en las causales de conflicto de interés consagrados en el articulo 23 de la ley 789 de 2002, es decir que me encuentro plenamente habilitado para ser integrante del Consejo Directivo de la Caja de Compensación Familiar de COMFENALCO Antioquia en calidad de Consejero.

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN