

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

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 06 de 2018.
 Pagina: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD: **USCAR APEL LOZANO DIOS** PUBLICA PRIVADA PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **TOLIMA** MUNICIPIO: **ESPIRAL** CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: **olozcorros@gmail.com**

TELEFONO: **2485101** FECHA DE INGRESO: DIA **02** MES **09** AÑO **2014** FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **AUX. DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** DEPENDENCIA: **ADMO** DIRECCION: **CR 7 # 10-01 OF 314**

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: **ORGANIZACION DEF S.A.** PUBLICA PRIVADA PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **TOLIMA** MUNICIPIO: **ESPIRAL** CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: **-**

TELEFONO: **0153232629** FECHA DE INGRESO: DIA **03** MES **02** AÑO **2013** FECHA DE RETIRO: DIA **01** MES **09** AÑO **2014**

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **AUX. SIBO** DEPENDENCIA: **AOMO** DIRECCION: **KM 9 VIA ESPIRAL-TOLIMA**

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: **WIL E GIMIO BARON VARGAS** PUBLICA PRIVADA PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **TOLIMA** MUNICIPIO: **ESPIRAL** CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: **-**

TELEFONO: **2485762** FECHA DE INGRESO: DIA **01** MES **07** AÑO **2012** FECHA DE RETIRO: DIA **15** MES **12** AÑO **2012**

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **AUX SIBO** DEPENDENCIA: **AOMO** DIRECCION: **CR 5 # 9-16**

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: **CONSORCIO INGETOL** PUBLICA PRIVADA PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **TOLIMA** MUNICIPIO: **ESPIRAL** CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: **-**

TELEFONO: **2485762** FECHA DE INGRESO: DIA **10** MES **05** AÑO **2011** FECHA DE RETIRO: DIA **31** MES **12** AÑO **2011**

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **AUX SIBO** DEPENDENCIA: **AOMO** DIRECCION: **CR 5 # 9-16**

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD: **MOLINO ROA SA** PUBLICA PRIVADA PAIS: **COLOMBIA**

DEPARTAMENTO: **TOLIMA** MUNICIPIO: **ESPIRAL** CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: **-**

TELEFONO: **2483011** FECHA DE INGRESO: DIA **21** MES **04** AÑO **2010** FECHA DE RETIRO: DIA **31** MES **05** AÑO **2010**

CARGO O CONTRATO ACTUAL: **PASANTE** DEPENDENCIA: **ADMO** DIRECCION: **KM 2 VIA ESPIRAL IBIG**



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

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 05 de 2018
 Pagina: 3 de 4

4 - CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO											

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO											

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO											

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO											

EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAIS			
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO					
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO											

	PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 06 de 2018
		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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	9
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 CAFASUR.


 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION