	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 _____		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CELIS	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) CASTRO	NOMBRES RUBEN DARIO
---------------------------------	--	-------------------------------

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 8° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:						
PRIARIA			SECUNDARIA			MEDIA					BACHILLER						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	FECHA DE GRADO						
											MES	8	AÑO	2	0	0	4

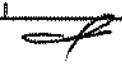
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 RELACIONE EN ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:


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

ESP (ESPECIALIZACIÓN) MG (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	



	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: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD DEPARTAMENTO DE SANTANDER			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO SANTANDER			MUNICIPIO BUCAR			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO 6339668 ext 1090		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="12"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="19"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="3"/>			FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL Empleado de Carrera Administrativa			DEPENDENCIA Recursos Físicos		DIRECCION Sec			

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA		DIRECCION			


EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL			DEPENDENCIA		DIRECCION			

7

	PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	Código: GPP-F-17 Versión: 1.0 Fecha: Marzo 05 de 2013 Página: 3 de 4
---	---	---

4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD XXXXXXXXXX			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					


EMPRESA O ENTIDAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	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: Mayo 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 PUBLICO	26	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	

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.