



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

FORMATO
HOJA DE VIDA
 POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - COMBARRANQUILLA

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Jimenez	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) Jimenez	NOMBRES Jair Jesus
DIA/COMUNIDAD		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: Bachiller, modalidad Química Industrial						
PRIARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES	12	AÑO	2	0	1	1

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

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

ESP (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRIA O MAGISTER) 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	AÑO				
TC	2	X		en Mecanizado de Productos Metalme	6	2	0	1	4	
TL	4	X		tos Mecanicos para su Fabricacion con	11	2	0	1	7	
TL	3		X	Tecnologia Procesos Industriales(ing industrial)						

21

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL											
EMPRESA O ENTIDAD Impuche s.a					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Atlántico			MUNICIPIO Galapa			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD info@impuche.com					
TELÉFONO 3770070		DÍA 19		MES 01		AÑO 2015			FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Operario				DEPENDENCIA Taller			DIRECCION Ite10 # 32-137 carretera cordialidad, Galá				

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO			FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA			DIRECCION				

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO			FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA			DIRECCION				

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO			FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA			DIRECCION				

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		DÍA		MES		AÑO			FECHA DE RETIRO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA			DIRECCION				



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: 3 de 4

4 - CARGOS DIRECTIVOS


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 DESEMPEÑADO						

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 DESEMPEÑADO						

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 DESEMPEÑADO						

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 DESEMPEÑADO						

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 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 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

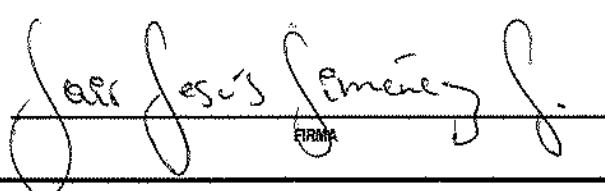
ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO **SINTRAMETALÚRGICOS** CENTRAL O CONFEDERACION **CGT**

SINDICATO DE TRABAJADORES METALURGICOS, MECÁNICOS DEL MATERIAL ELECTRICO Y DE LA REFRIGERACIÓN

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 _____

_____ **COMBARRANQUILLA**


 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.

12

27