



El empleo es de todos

Mintrabajo

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: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD Ingenio la Cabaña					PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca			MUNICIPIO Guachene			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD 1porias@ingeniolacabana.com			
TELEFONO 315 560 1119		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="6"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL Mecanico					DEPENDENCIA Molinos		DIRECCION Km 5 via Guachene		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		



El empleo es de todos

Mintrabajo

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: 3 de 4

4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensación familiar del Cauca			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca		MUNICIPIO Popayán	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD JefeInstitucional@comfacauca.com		
TELEFONO 8231868	FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2017		
CARGO DESEMPEÑADO Miembro de consejo directivo					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensación familiar del Cauca			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca		MUNICIPIO Popayán	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD JefeInstitucional@comfacauca.com		
TELEFONO 8231868	FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2013		
CARGO DESEMPEÑADO Miembro de consejo directivo					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensación familiar del Cauca			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca		MUNICIPIO Popayán	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD JefeInstitucional@comfacauca.com		
TELEFONO 8231868	FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2009		
CARGO DESEMPEÑADO Miembro de consejo directivo					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensación familiar del Cauca			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca		MUNICIPIO Popayán	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD JefeInstitucional@comfacauca.com		
TELEFONO 8231868	FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2005		FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2007		
CARGO DESEMPEÑADO Miembro de consejo directivo					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensación familiar del Cauca			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cauca		MUNICIPIO Popayán	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD JefeInstitucional@comfacauca.com		
TELEFONO 8231868	FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO 2005		
CARGO DESEMPEÑADO Miembro de consejo directivo					



El empleo es de todos

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: APP.F.17

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	45	
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

Sintancabara

CENTRAL O CONFEDERACION

CGT

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

CONFIA EN LA

[Handwritten Signature]
FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN