



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL										
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE PEREIRA					PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO RISARALDA			MUNICIPIO PEREI			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD luisfernar				
TELÉFONO 3128700610	DÍA 0	MES 1	FECHA DE INGRESO MES 0		AÑO 8		DÍA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO					DEPENDENCIA INTERVENTORIA			DIRECCION CAI		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA	MES	FECHA DE INGRESO AÑO		DÍA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA	MES	FECHA DE INGRESO AÑO		DÍA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA	MES	FECHA DE INGRESO AÑO		DÍA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA	MES	FECHA DE INGRESO AÑO		DÍA	MES	FECHA DE RETIRO AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

4 - CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR RISARALDA			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO RISARALDA		MUNICIPIO PEREIRA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD luisja	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/>	MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>	DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/>	MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/>
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD fondo de empleados de salud en Risaralda " FESER"			PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO RISARALDA		MUNICIPIO PEREIRA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD luisjarami24@hotmail.com	
TELEFONO 3128700610	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>	MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>	AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO DESEMPEÑADO					



El empleo es de todos

Mintrabajo

PROCESO GESTION DE POLITICAS PUBLICAS

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	25	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	25	0

6 - CONDICION DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SINDIBASE

CENTRAL O CONFEDERACION

C.T.C FEDETRAR PEREIRA

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 _____ RISARALDA

FIRMA

10.016.318.

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN