



El empleo es de todos

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					PUBLICA		PRIVADA		PAIS					
Alcaldia Municipal de Ibaguè					X				Colombia					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD								
Tolima			Ibaguè											
TELEFONO		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO								
2633900		DIA 27		MES 01		AÑO 1992		DIA		MES		AÑO		
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION						
Conductor Mecanico					Bomberos Oficial Cra 3 con ch 20 esquina									
EMPLEO ANTERIOR														
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 O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION						
EMPLEO ANTERIOR														
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 O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION						
EMPLEO ANTERIOR														
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 O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION						
EMPLEO ANTERIOR														
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 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 - CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD Sitraborcep			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima		MUNICIPIO Ibaguè		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA 28 MES 09 AÑO 2015			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []	
CARGO DESEMPEÑADO Vicepresidente					

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

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

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

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



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: 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	28	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
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

Sitraborcep

CENTRAL O CONFEDERACION

CTC

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 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.