
 Ejemplar Fecha: 06/03/2019 Ministerio	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 UNIVERSIDAD DEL QUINDIO						PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO QUINDIO				MUNICIPIO ARMENIA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD licencias@uniquindio.edu.co					
TELEFONO 735.93.31		FECHA DE INGRESO DIA 01 MES 01 AÑO 1979		FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []							
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Especializado						DEPENDENCIA Instituto Interdisciplinario de la Cies		DIRECCION universidad del Quindio cra 15 calle 12N			
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DEL QUINDIO						PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO QUINDIO				MUNICIPIO ARMENIA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA 03 MES 02 AÑO 2003		FECHA DE RETIRO DIA 10 MES 06 AÑO 2016							
CARGO O CONTRATO ACTUAL CATEDRATICO						DEPENDENCIA Tec. Electronica		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 [] MES [] AÑO []		FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []							
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 [] MES [] AÑO []		FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []							
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 [] MES [] AÑO []		FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []							
CARGO O CONTRATO ACTUAL						DEPENDENCIA		DIRECCION			

	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: 3 de 4

4 - CARGOS DIRECTIVOS


EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
SINTRAADMIN				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
QUINDIO	ARMENIA	sintraadmin@uniquindio.edu.co		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA 2 9 MES 1 1 AÑO				
CARGO DESEMPEÑADO				
FISCAL				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
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				
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
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				
CARGO DESEMPEÑADO				

 El empleo es de todos. Administrable	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

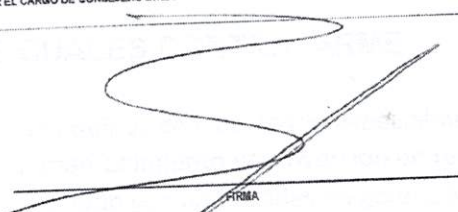
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO 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

OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

- 1.
- 2. Ha de la
- 3. Capac solución
- 4. Capacidad alcanzar y
- 5. Capacidad pa los puntos fue
- 6. Capacidad para
- 7. Capacidad para cc