

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0 Fecha: Marzo 06 de 2019

Pagina: 1 de 4

FORMATO HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO TOLIMA

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (0 CASADA)	NOMBRES
Celis	Triana	Amparo
•		
1		
I		
I		

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATRO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

			EDUC	ACIÓN I	BÁSICA						TITULO OBTENIDO:			Bach	iller			
	F	PRIAMRIA			Si	ECUND	ARIA		ME	DIA	FECHA DE GRADO							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Х	MES	11	AÑO	1	9	8	1	

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

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

ESP (ESPECIALIZACION) 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	NO. SEMESTRES	GRADI	IADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TER	MINAC	ION		No DE TARJETA
ACADEMICA	APROBADOS	SI	NO	O TITULO OBTENIDO	MES		Α	ÑΟ		PROFESIONAL
UN	10	Х		Profesional en Mercadotecnia	12	1	9	9	1	
ESP	2	Х		Especialista en Gestión Empresarial	5	2	0	0	9	
MG	4	Х		Magister en Mercadotecnia	5	2	0	1	5	



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
Versión: 1.0
Fecha: Marzo 06 de 2019
Pagina: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA	I ARORAI																		
0 - EXI ERIENOIA	LADOITAL																		
EMPRESA O ENTIDAD						ΕN	MPLEO A	ACTUAL		PUBLIC	24		PRIVADA		PAIS				
Universidad de Ibagué	•									l oblic	2 A		x		1 7.10		Color	nbia	
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO						CORREO	ELEC1	TRONICO ENTID	AD					
	To	lima			lbagué								amparo	.celis	3 @ u	nibag	ue.e	du.cc)
TELEFONO				FECHA L	DE INGRESO									ECHA D					_
3142975533	DIA 0	1	MES	0 1	AÑO	2	0	1	0	DIA			MES			AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL							DEPEN	IDENCIA				DIRE	ECCION						
Directora d	e Promoció	n y Com	unicac	ión Instit	ucional			N	lercad	leo			Barri	o Amb	ala C	arrera	22 ca	lle 67	
						ЕМ	PLEO A	NTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD	,									PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
Camara de Comercio o	de Ibagué				Turring into						LOODDEO	EL E01	X TRONICO ENTID	140			Color	nbia	
DEPARTAMENTO	То	lima			MUNICIPIO Ibagué						CORREO	ELECI	I RONICO EN IID	IAD					
TELEFONO				FECHA I	DE INGRESO								_ F	ECHA D	E RETIR	10			
	DIA 1	5	MES	0 3	AÑO	_ 2	0	0	8	DIA	1	8	MES	1	2	AÑO		2 0	0
CARGO O CONTRATO ACTUAL							DEPEN	IDENCIA		<u> </u>		DIRE	ECCION						
[Directora de	Desarro	ollo Reg	gional										(Calle	10 3-7	6		
						ЕМ	PLEO A	NTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD										PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
Comité de Ganaderos	del Tolima												х		<u> </u>	(Color	nbia	
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO						CORREO	ELEC1	TRONICO ENTID	AD					
Tolima					lbagué														
TELEFONO				FECHA I	DE INGRESO								F	ECHA D	E RETIR	10			
2641513	DIA 0	1	MES	0 9		2	0	0	1	DIA	1	5	MES	0	2	AÑO		2 0	0
CARGO O CONTRATO ACTUAL		-					DEPEN	IDENCIA				DIRE	ECCION						
		Gerente	•											Ca	lle 40	Bis 4c	:-45		
						ЕМ	PLEO A	NTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD										PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
Banco Central Hipoteo	ario												x		l	(Color	nbia	
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO						CORREO	ELEC1	TRONICO ENTID	AD					
Tolima							lbag	gué											
TELEFONO				FECHA L	DE INGRESO								F	ECHA D	E RETIR	₹0			
	DIA 0	1	MES	0 3]	1	9	8	7	DIA	2	8	MES	0	2	AÑO		2 0	0
CARGO O CONTRATO ACTUAL							DEPEN	IDENCIA				DIRE	ECCION						
	Directora o	de Crédit	to y Ca	rtera											Cal	le 11			
						ЕМ	PLEO A	NTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD										PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO					<u> </u>	CORREO	ELEC1	TRONICO ENTID)AD					
													2	-					
TELEFONO				FECHA L	DE INGRESO						1		F	ECHA D	E RETIF	10			
	DIA		MES		AÑO					DIA			MES			AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL						<u> </u>	DEPEN	IDENCIA	-	1		DIRE	ECCION		<u> </u>		<u> </u>		



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 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

4 - PARTICIPAC	CION EN CUE	ERPOS CO	OLEGIAD	OS														
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICI	PIO					CORRE	O ELECT	RONICO ENTI	DAD					
TELEFONO			FECH	HA DE INGRE	so								FECHA I	DE RETI	RO			
	DIA	М	ES		4ÑO				DIA			MES			AÑO			
CARGO DESEMPEÑADO																		
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICI	PIO					CORRE	O ELECT	RONICO ENTI	DAD					
TELEFONO			FECH	HA DE INGRE	so								FECHA I	DE RETI	RO			
	DIA	MI	ES		4ÑO				DIA			MES			AÑO			
CARGO DESEMPEÑADO																		
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	CA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICI	PIO					CORRE	O ELECT	RONICO ENTI	DAD					
TELEFONO			EECL	HA DE INGRE	:00				T				FECHA I	ne peti	PO.			
	DIA	М		_	4ÑO			I	DIA		l	MES	recha i	JE KEII	AÑO	$\overline{}$	I	
	DIA		-°		-110			<u> </u>	ייי		<u> </u>] ""25	<u> </u>	<u> </u>	ANO		1	
CARGO DESEMPEÑADO																		
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	CA .		PRIVADA		PAIS				
									. 022.0									
DEPARTAMENTO				MUNICI	PIO				<u> </u>	CORRE	0 ELECT	RONICO ENTI	DAD	1				
TELEFONO			Г Т	HA DE INGRE		_	1	1			T	1	FECHA I	DE RETI		_	ı	r 1
CARGO DESEMPENADO	DIA	MI	ES		4ÑO				DIA			MES			AÑO	<u>L</u>		
CARGO DESEMPENADO																		
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	24		PRIVADA		PAIS				
EMPRESA O ENTIDAD									FUBLIC	А		FRIVADA		FAIS				
DEPARTAMENTO				MUNICI	PIO				ı	CORRE	O ELECT	RONICO ENTI	DAD					
TELEFONO			FECH	HA DE INGRE	SO				<u> </u>	<u> </u>			FECHA I	DE RETI	RO			
	DIA	MI	ES] ,	4ÑO				DIA			MES			AÑO			
CARGO DESEMPEÑADO																		



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17 Versión: 1.0 Fecha: Marzo 06 de 2019

Pagina: 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
OCUPACION	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	33	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

ME POSTULO EN REPRES	SENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO	SI	NO x
PERTENEZCO AL SINDICATO	CENTRAL O CONFEDERACION		
	ENTO QUE NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		
	9.		