



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: 1 de 4

FORMATO HOJA DE VIDA POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ___ COMFENALCO QUINDIO

1 - DATOS PERSONALES

| | | |
|-----------------|-----------------------------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) | NOMBRES |
| BURGOS | MENDOZA | RUBY |

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|------------|---|---|------------------|---|---|---------------------|---|-----|----|-----|---|---|---|---|
| PRIAMRIA | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | bachiller academico | | | | | | | | |
| FECHA DE GRADO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | MES | 11 | AÑO | 1 | 9 | 8 | 5 |

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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 BIDO PREVISTA EN LA LEY).

| MODALIDAD ACADEMICA | NO. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACION | | | | | No DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|-----|---|---|---|---------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | | | | |
| TC | 3 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 9 | 1 | 9 | 8 | 9 | Reg. Nal. 0122/89 SSC |
| TC | 2 | X | | SECRETARIA AUXILIAR CONTABLE | 6 | 1 | 9 | 8 | 7 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |



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 E.S.E Hospital departamental universitario del Quindío san Juan de Dios Armenia | | | | | PÚBLICA 9 x | | PRIVADA | | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Quindío | | | MUNICIPIO Armenia | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD 0 | | | |
| TELÉFONO 7493500 | | FECHA DE INGRESO DÍA 15 9 MES 1 5 AÑO 1 9 8 9 | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL Termino indefinido | | | | DEPENDENCIA Apoyo diagnostico | | | DIRECCION calle 17 norte avenida bolivar | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONO | | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONO | | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONO | | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | | | MUNICIPIO | | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | | | |
| TELÉFONO | | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO | | | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | DIRECCION | | |



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 Comfenalco Quindío | | PUBLICA | PRIVADA | PAIS Colombia |
| DEPARTAMENTO Quindío | | MUNICIPIO Armenia | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD gestio gestiondocumental@comfenalcoquindio |
| TELEFONO 7417564 | FECHA DE INGRESO DIA [] [] MES 0 5 AÑO 2 0 0 8 | | FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES 0 4 AÑO 2 0 1 8 | |
| CARGO DESEMPEÑADO Consejera | | | | |

| | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|---|
| EMPRESA O ENTIDAD Sindicato de trabajadores del hospital universitario del Quindío san Juan de Dios sintrasanjuan | | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO Quindío | | MUNICIPIO Armenia | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD sintrasanjuan9@gmail.com |
| TELEFONO 3E+09 | FECHA DE INGRESO DIA 2 2 MES 1 0 AÑO 2 0 1 1 | | FECHA DE RETIRO DIA [] [] MES [] [] AÑO [] [] [] [] | |
| CARGO DESEMPEÑADO presidenta | | | | |

| | | | | |
|-------------------|---|-----------|--|----------------------------|
| 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-07

Versión: 1.0

Fecha: Viernes 06 de 2016

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 | 32 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SINTRASANJUAN

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

Rubey Benges Lu
FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACIÓN