

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA POSTULACIÓN A DELEGADO CONFIAMOS PERÍODO: 2026 - 2027

Antes de diligenciar el presente formato favor leer los requisitos para postularse a delegado, los cuales están reglamentados por el consejo de administración de la cooperativa, acuerdo que podrá consultar en la página web [www.confiamos.com.co](http://www.confiamos.com.co).

### DATOS PERSONALES

**Nombres:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Municipio donde reside:** \_\_\_\_\_ **edad** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Fecha de vinculación a Confiamos:** Día: \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_

### ESTUDIOS REALIZADOS

**PREGRADO: (Bachiller, Técnico, Tecnológico, Etc.)**

**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_

**Institución:** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_

**POSGRADO**

**Título Obtenido:** \_\_\_\_\_

**Universidad:** \_\_\_\_\_ **Año:** \_\_\_\_\_

### FORMACIÓN EN EDUCACIÓN COOPERATIVA

<b>Nombre Curso o Estudio</b>	<b>Entidad</b>	<b>Horas</b>	<b>Fecha</b>

**Nota: Soportar la formación en Economía Solidaria**



## EXPERIENCIA LABORAL

Empresa	Cargo	Experiencia Años
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**DECLARO QUE CONOZCO Y CUMPLO CON TODOS LOS REQUISITOS ENUMERADOS EN LA CONVOCATORIA PARA ELECCIÓN DE DELEGADOS. AUTORIZO PARA QUE SEA VERIFICADA LA INFORMACIÓN DESCrita EN ESTE FORMATO Y TODA LA INFORMACIÓN QUE ESTIME NECESARIA LA COOPERATIVA.**

## FIRMA ASOCIADO POSTULADO:

### ESPACIO EXCLUSIVO PARA CONFIAMOS

-Fecha en la cual se recibe el formulario: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

-Firma funcionario responsable de la recepción: \_\_\_\_\_

### VERIFICACIÓN DE REQUISITOS POR PARTE DE LA JUNTA DE VIGILANCIA DE CONFIAMOS

#### Cumplimiento

Edad: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Antigüedad en CONFIAMOS: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Horas Educación Cooperativa Según soportes: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cumplimiento de obligaciones: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Habilidad al momento de la elección: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cumple con todos los requisitos exigidos en el reglamento de delegados Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**FIRMA JUNTA DE VIGILANCIA:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_