	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 <i>ICBF Regional Magdalena</i>					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>			MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>atencionciudadano@icbf.gov.co</i>			
TELÉFONO <i>4214762</i>		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
DÍA <input type="text" value="01"/>		MES <input type="text" value="07"/>		AÑO <input type="text" value="19"/> <input type="text" value="72"/>		DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Profesional Universitario</i>			DEPENDENCIA <i>administrativa</i>			DIRECCION <i>K. 12 # 25-55</i>			

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>	
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			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>	
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			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>	
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			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO					
DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/>		DÍA <input type="text"/>		MES <input type="text"/>	
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 <i>SINTRABIENESTAR</i>		PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO <i>4214762</i>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>1991</i>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>1998</i>		
CARGO DESEMPEÑADO <i>Presidenta</i>				

EMPRESA O ENTIDAD <i>SINTRABIENESTAR</i>		PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO <i>4214762</i>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO <i>Fiscal</i>				

EMPRESA O ENTIDAD <i>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</i>		PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO <i>4214762</i>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <i>10</i> AÑO <i>2013</i>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO <i>Presidente y Secretaria</i>				

EMPRESA O ENTIDAD <i>Caja de Compensación Familiar del Magdalena</i>		PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO <i>4212218</i>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>1999</i>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>2003</i>		
CARGO DESEMPEÑADO <i>Miembro del Consejo Directivo CATAMAG Principal</i>				

EMPRESA O ENTIDAD <i>Caja de Compensación Familiar del Magdalena</i>		PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO <i>4212218</i>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>2011</i>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <i>2015</i>		
CARGO DESEMPEÑADO				

	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: 4 de 4

5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

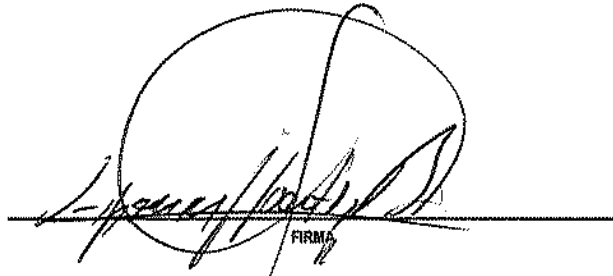
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	46	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

¿Perteneces al Sindicato Sintrabienestar CENTRAL O CONFEDERACION COF. Macdewa

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