



287

	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: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD SOCIEDAD TERMINAL DE TRANSPORTE DE PASTO					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD transpasto@gmail.com			
TELÉFONO 7308955	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>						
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA		DIRECCION CARRERA 6 No. 16D-50			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION AUTONOMA IBEROAMERICANA - CORIBEROAMERICA					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD coriberoamerica_1@hotmail.com			
TELÉFONO 116 36 5892	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/>						
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA REGIONAL				DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA		DIRECCION CARRERA 26 No. 17-40 OFICINA 119			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION TECNOLOGICA DE MADRID					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SANTA FE DE BOGOTA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD mesadeavuda@ftm.edu.co			
TELÉFONO 310 791 0463	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>						
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTORA DE LA OFICINA DE REGISTRO Y CONTROL				DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA		DIRECCION CARRERA 17 No. 36-32			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION TECNOLOGICA DE MADRID					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SANTA FE DE BOGOTA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD mesadeavuda@ftm.edu.co			
TELÉFONO 310 791 0463	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/>						
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE				DEPENDENCIA COORDINACIÓN DOCENTE		DIRECCION CARRERA 17 No. 36-32			
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE VALORIZACION MUNICIPAL DE PASTO					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO NARIÑO			MUNICIPIO PASTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD invap_pasto@yahoo.es			
TELÉFONO 7292000	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/>						
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE DIRECCION				DEPENDENCIA DIRECCION		DIRECCION CALLE 6 CARRERA 33 SUR - CAM ANGANDY			

288

	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- PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					


EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]	DIA [][]	MES [][]	AÑO [][][][]
CARGO DESEMPEÑADO					

289

	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

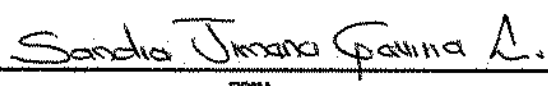
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PÚBLICO	5	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	4
TRabajador INDEPENDIENTE	5	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	6

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENZCO 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

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.