





El empleo es de todos Mintrabajo

### 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 <b>GOBERNACION DE AMAZONAS</b>			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
			X		<b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>AMAZONAS</b>		MUNICIPIO <b>LETICIA</b>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <b>despacho@amazonas.gov.co</b>		
TELEFONO <b>(098) 5926629</b>	FECHA DE INGRESO DIA <b>01</b> MES <b>11</b> AÑO <b>1991</b>		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>AUXILIAR ADMINISTRATIVO GRADO 9</b>		DEPENDENCIA <b>SECRETARIA DE SALUD</b>	DIRECCION <b>CARRERA 11 No 3-29</b>		

##### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA	DIRECCION		

##### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA	DIRECCION		

##### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA	DIRECCION		

##### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA	DIRECCION		

 <p>El empleo es de todos Mintrabajo</p>	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	Código: GPP-F-17
	<b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 06 de 2019
		Página: 3 de 4

**4 - CARGOS DIRECTIVOS**

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CIACION DE SERVODRES PUBLCIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL AMAZO				x	COLOMBIA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
AMAZONAS		LETICIA	asindessa@gmail.com		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
DIA 1 3	MES 0 8	AÑO 2 0 1 3	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO					
PRESIDENTE					

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

 El empleo es de todos    Mintrabajo	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> <b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	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

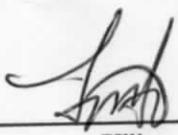
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	28	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	28	2

**6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO**

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

PERTENEZCO AL SINDICATO    **ASINDESSA**    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 \_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA

**7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN**

Empty box for observations.