



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 ORGANIZACIONES DE IMAGENOLOGIA COLOMBIANA OIC S.A.					PUBLICA		PRIVADA X		PAIS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD claudia.porras@oicradiologia.com					
TELEFONO 3183473773	DIA 0 2		MES 0 9		AÑO 2 0 1 3			FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA COMERCIAL SEDE LETICIA					DEPENDENCIA DIRC NAL DE MERCADEO			DIRECCION CALLE 6 6 60			
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION CLINICA LETICIA					PUBLICA		PRIVADA X		PAIS COLOME		
DEPARTAMENTO AMAZONAS			MUNICIPIO LETICIA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO 85925579	DIA 0 1		MES 1 1		AÑO 1 9 9 9			FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION			
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO	DIA		MES		AÑO			FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION			
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO	DIA		MES		AÑO			FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION			
EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO	DIA		MES		AÑO			FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION			



El empleo es de todos

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 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD berthica06@hotmail.com		
TELEFONO 5927846	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 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 DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> 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="8"/>		
CARGO DESEMPEÑADO CONSEJERO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	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					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	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					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	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					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	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					



El empleo es de todos Mi trabajo

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 PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	33	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	33	9

6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

SI NO

PERTENEZCO 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 _____ CAFAMAZ


FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN