





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  
 Pagina: 2 de 4

### 3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD <b>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF</b>					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>AMAZONAS</b>			MUNICIPIO <b>LETICIA</b>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>erika.rodriguez@icbf.gov.co</i>			
TELÉFONO	DÍA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>		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="7"/>			FECHA DE RETIRO DÍA <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 O CONTRATO ACTUAL <b>TRABAJADORA SOCIAL</b>				DEPENDENCIA <b>PROTECCIÓN</b>			DIRECCIÓN <b>CARRERA 4 N° 4-10B GAITAN</b>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <b>INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF</b>					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>AMAZONAS</b>			MUNICIPIO <b>LETICIA</b>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>erika.rodriguez@icbf.gov.co</i>			
TELÉFONO <b>5926399</b>	DÍA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>		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="1"/> <input type="text" value="6"/>			FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3"/> <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="1"/> <input type="text" value="6"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>TRABAJADORA SOCIAL-CENTRO ZONAL</b>				DEPENDENCIA <b>PROTECCIÓN</b>			DIRECCIÓN <b>CARRERA 4 N° 4-10B GAITAN</b>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <b>FUNDACIÓN SELVA CORAZON</b>					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>AMAZONAS</b>			MUNICIPIO <b>LETICIA</b>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO	DÍA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="4"/>		MES <input type="text" value="1"/> <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="4"/>			FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="3"/> <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="1"/> <input type="text" value="5"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>TRABAJADORA SOCIAL</b>				DEPENDENCIA <b>ADMINISTRATIVA</b>			DIRECCIÓN <b>AVENIDA VASQUEZ COBO</b>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <b>UNION TEMPORAL PROSPERAR</b>					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>AMAZONAS</b>			MUNICIPIO <b>LETICIA</b>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>		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="1"/> <input type="text" value="4"/>			FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>TRABAJADORA SOCIAL</b>				DEPENDENCIA <b>ADMINISTRATIVA</b>			DIRECCIÓN <b>AVENIDA VASQUEZ COBO</b>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>		MES <input type="text"/> <input type="text"/>		AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			FECHA DE RETIRO DÍA <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 O CONTRATO ACTUAL				DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		



**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  
Pagina: 3 de 4

**4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS**

EMPRESA O ENTIDAD <b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS</b>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO AMAZONAS		MUNICIPIO LETICIA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD erikarodriguez13@gmail.com	
TELEFONO 5927846	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> 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"/>		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 <b>CONSEJERA</b>					

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					

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

Trabaja

**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	5	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	

**6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO**

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

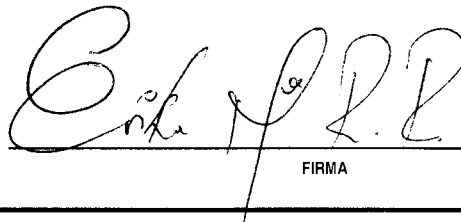
SI

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



FIRMA

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