



**3 - EXPERIENCIA LABORAL**

EMPLEO ACTUAL										
EMPRESA O ENTIDAD Clinica Las victorias fracturas S.A.S					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Tolima			MUNICIPIO Espinal			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD talentohumano@cliniclasvictorias.com				
TELÉFONO 2394768		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]						
CARGO O CONTRATO ACTUAL Digitadora					DEPENDENCIA Administración			DIRECCIÓN Carrera 7 # 3-55 B / San Rafael		

EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Gana Gana Su red.					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO 3147907825		FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]						
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar Administrativo					DEPENDENCIA Administración			DIRECCIÓN Calle 9 No 4-20 Espinal		

EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Adecco Colombia S.A.					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO Cundinamarca			MUNICIPIO Bogotá			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO 6360027		FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]						
CARGO O CONTRATO ACTUAL Talento humano					DEPENDENCIA Administración			DIRECCIÓN Calle 70 con cr 9 Bogotá		

EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Ecoaseo Ltda.					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS	
DEPARTAMENTO Cundinamarca			MUNICIPIO Bogotá			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO 3458307		FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]						
CARGO O CONTRATO ACTUAL Asistente Administrativo					DEPENDENCIA Administración			DIRECCIÓN Cra 21 No. 54-78 / Galeno		

EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]						
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  
 Página: 3 de 4

### 4 - CARGOS DIRECTIVOS


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					

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					

	<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: 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	
	ANOS	MESES
SERVICIO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	24 años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**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. CAFASUR

  
 FIRMA

**7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION**

*(Empty box for observations)*