



**3 - EXPERIENCIA LABORAL**


EMPLEO ACTUAL													
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE EDUCACION DEL CAQUETA					PÚBLICA SI		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAQUETA			MUNICIPIO FLORE			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD www.seccauca.gov.co							
TELÉFONO 4352817	DÍA 0 6		MES 0 3		AÑO 2 0 0 4			DÍA 0 0		MES 0 0		AÑO 0 0 0 0	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE					DEPENDENCIA DOCENTE DE AULA			DIRECCIÓN CALLE 15 - CARRERA 10 ESQUINA					

EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELÉFONO	DÍA		MES		AÑO			DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN					

EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELÉFONO	DÍA		MES		AÑO			DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN					

EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELÉFONO	DÍA		MES		AÑO			DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN					

EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELÉFONO	DÍA		MES		AÑO			DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN					

	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> <b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR</b>	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	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	16	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	

**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  COMFACA

  
 FIRMA

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