







El gobierno es de todos

2019-2024

**PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Código: GPP-F-17

Version: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 1 de 4

**4 - CARGOS DIRECTIVOS**

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	OTRO
MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
FECHA DE INICIO	FECHA DE INCESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]	DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]
CARGO DE REPRESENTACIÓN					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	OTRO
MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
FECHA DE INICIO	FECHA DE INCESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]	DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]
CARGO DE REPRESENTACIÓN					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	OTRO
MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
FECHA DE INICIO	FECHA DE INCESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]	DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]
CARGO DE REPRESENTACIÓN					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	OTRO
MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
FECHA DE INICIO	FECHA DE INCESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]	DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]
CARGO DE REPRESENTACIÓN					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	OTRO
MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
FECHA DE INICIO	FECHA DE INCESO			FECHA DE RETIRO	
DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]	DIA [ ][ ]	MEZ [ ][ ]	AÑO [ ][ ][ ][ ]
CARGO DE REPRESENTACIÓN					



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: 4 de 4

#### 5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDICAR EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PÚBLICO	30	6
EMPLADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	30	6

#### 6 - CONDICIÓN DEL POSTULANTE

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

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

**SUHERT**

CENTRAL O CONFEDERACION

**CUF**

DECLARO QUE ESTOY EN LA POSIBILIDAD DE JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

**de la**  
**departamento del CUBA**

FIRMA

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