
	<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: 2 de 4

**3 - EXPERIENCIA LABORAL**

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Educación del Chocó					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO Medio Baudó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD www.sedchoco.gov.co				
TELÉFONO (4)5708370 Ext 128		FECHA DE INGRESO DÍA 1 1 MES 0 8 AÑO 2 0 1 5			FECHA DE RETIRO DÍA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] [ ]				
CARGO O CONTRATO ACTUAL Orientadora Escolar					DEPENDENCIA pedagógica Francisco Eugenio Mc		DIRECCION Medio Baudó- chocó (corrugimiento de pie de papa)		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de salud departamental del chocó					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO chocó			MUNICIPIO Quibdó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ssalud@choco.gov.co				
TELÉFONO 9738000 Ext 2042		FECHA DE INGRESO DÍA 1 9 MES 0 1 AÑO 2 0 1 5			FECHA DE RETIRO DÍA 2 8 MES 0 2 AÑO 2 0 1 5				
CARGO O CONTRATO ACTUAL Trabajadora social					DEPENDENCIA PAPSIVI		DIRECCION sip		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de salud departamental del chocó					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO chocó			MUNICIPIO Quibdó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ssal				
TELÉFONO 738900 Ext 204		FECHA DE INGRESO DÍA 0 1 MES 1 0 AÑO 2 0 1 4			FECHA DE RETIRO DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 1 4				
CARGO O CONTRATO ACTUAL Trabajadora social					DEPENDENCIA PAPSIVI		DIRECCION SIPI-CHOCO		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD Pacífico productivo					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS Colombia		
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO Quibdó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD pacificoproductivo.gov.co				
TELÉFONO 3138663597		FECHA DE INGRESO DÍA 0 1 MES 1 0 AÑO 2 0 1 2			FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 0 4 AÑO 2 0 1 3				
CARGO O CONTRATO ACTUAL Trabajadora Social					DEPENDENCIA Pacífico productivo		DIRECCION MUNGUIDO		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD Comfachoco					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO Chocó			MUNICIPIO Quibdó		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 1 1			FECHA DE RETIRO DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 1 2				
CARGO O CONTRATO ACTUAL trabajador social					DEPENDENCIA RED UNIDOS		DIRECCION Chocó-medio.baudó- puerto meluk		

145  
22

	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> <b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	Código: GPP-F-17 Versión: 1.0 Fecha: Marzo 06 de 2019 Página: 3 de 4.
---	---	--

**4- PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS**

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Comfáchoco		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
CHOCÓ	Medio Baudó			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA: 0 1	MES: 1 1 AÑO: 2 0 1 1	DIA: 3 1	MES: 1 2	AÑO: 2 0 1 1
CARGO DESEMPEÑADO				
Cogestor social RED UNIDOS Choco-medio baudo- puerto meluk				


EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Comfáchoco		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
Chocó	Medio			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA: 0 1	MES: 0 6 AÑO: 2 0 0 9	DIA: 0 1	MES: 0 5	AÑO: 2 0 1 1
CARGO DESEMPEÑADO				
cogestor social				

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ] AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]	DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ]	AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ] AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]	DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ]	AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]
CARGO DESEMPEÑADO				

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO		
DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ] AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]	DIA: [ ] [ ]	MES: [ ] [ ]	AÑO: [ ] [ ] [ ] [ ]
CARGO DESEMPEÑADO				

44  
23

	<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

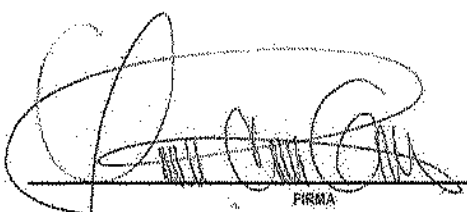
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	5
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	19

**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 \_ COMFACHOCO

  
 FIRMA

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

Empty box for observations.

447  
24