

EMPLEO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELEFONO	DIA		MES		FECHA DE INGRESO AÑO			DIA		MES		FECHA DE RETIRO AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION					
	<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				

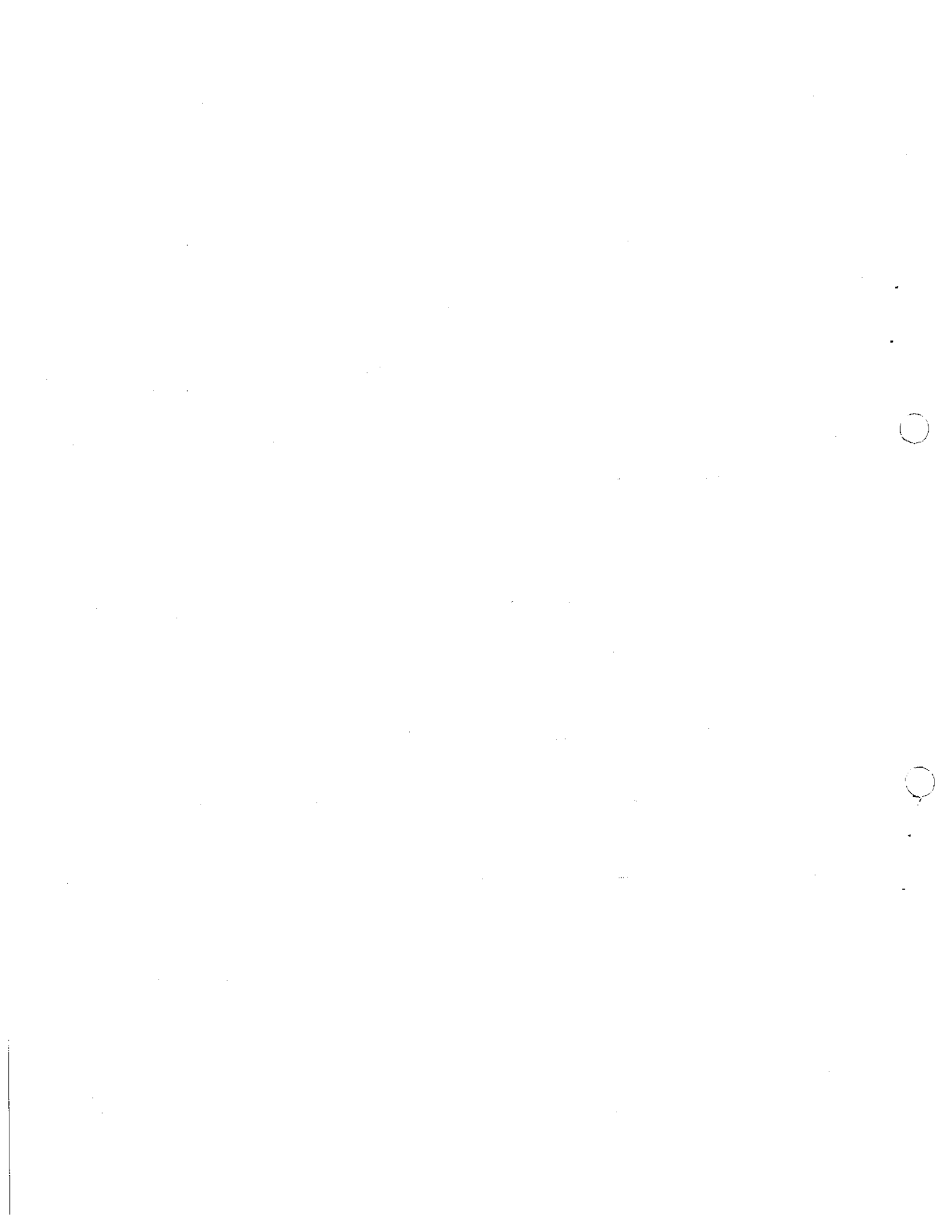
**4 - CARGOS DIRECTIVOS**

EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELEFONO	DIA		MES		FECHA DE INGRESO AÑO			DIA		MES		FECHA DE RETIRO AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO													

EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELEFONO	DIA		MES		FECHA DE INGRESO AÑO			DIA		MES		FECHA DE RETIRO AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO													

EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELEFONO	DIA		MES		FECHA DE INGRESO AÑO			DIA		MES		FECHA DE RETIRO AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO													

EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD							
TELEFONO	DIA		MES		FECHA DE INGRESO AÑO			DIA		MES		FECHA DE RETIRO AÑO	



CARGO DESEMPEÑADO

EMPRESA O ENTIDAD PUBLICA PRIVADA PAIS

DEPARTAMENTO MUNICIPIO CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONO FECHA DE INGRESO FECHA DE RETIRO

CARGO DESEMPEÑADO



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

Table with columns: OCUPACION, TIEMPO DE EXPERIENCIA (AÑOS, MESES). Rows include SERVICIO PUBLICO, EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO, TRABAJADOR INDEPENDIENTE, and TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA.

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO SI [X] NO [ ]
PERTENEZCO AL SINDICATO SINTRAELECOL N de S CENTRAL O CONFEDERACION CUT

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

[Handwritten signature]

FIRMA