



El empleo es de todos
Ministerio del Trabajo

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

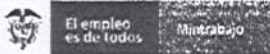
Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 2 de 4

3 - EXPERIENCIA LABORAL

| EMPLEO ACTUAL | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|--|---------------------------------------|--|---|--|--|--|----------------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "ESE IMSALUD" | | | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | |
| DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER | | | | MUNICIPIO CUCUTA | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD personal@imsalud.gov.co | | | | | |
| TELÉFONO 5427007 | | DÍA 3 1 | | MES 1 2 | | AÑO 1 9 9 9 | | DÍA | | FECHA DE RETIRO MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA | | | | DEPENDENCIA SUB. ATENCION EN SALUD | | | | DIRECCIÓN C.C. BOLIVAR, BLOQUE C. LOCAL C14 | | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | FECHA DE RETIRO MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | FECHA DE RETIRO MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | FECHA DE RETIRO MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | |
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | | | | | | PÚBLICA | | PRIVADA | | PAÍS | |
| DEPARTAMENTO | | | | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONO | | DÍA | | MES | | AÑO | | DÍA | | FECHA DE RETIRO MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | | | | DEPENDENCIA | | | | DIRECCIÓN | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS | Código: GPP-F-17 |
| | | Versión: 1.0 |
| | FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | 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 | | | | | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  <p>El empleo es de todos Mintrabajo</p> | 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

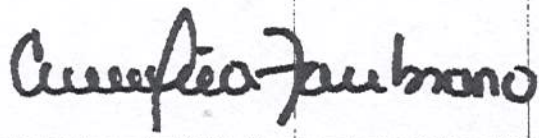
| OCUPACION | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
| | AÑOS | MESES |
| SERVICIO PUBLICO | 19 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 19 | 1 |

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO **ASINTRAIMSALUD** CENTRAL O CONFEDERACION **CSPC**

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



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.