
	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 INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO PUTUMAYO			MUNICIPIO MOCOA			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD atencionalusuario@itp.edu.co			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>				FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO-GRADO 18 CODIGO 407					DEPENDENCIA RECURSOS FISICOS		DIRECCION BARRIO LUIS CARLOS GALAN		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS		
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA		DIRECCION		

	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: 3 de 4

4- CARGOS DIRECTIVOS


EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA		PRIVADA		PAIS	
SINTRAUNICOL ITP		X				COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
PUTUMAYO		MOCOA		sintraunicoltp@hotmail.com			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			
322-2648412	DIA 2 8	MES 0 2	AÑO 2 0 1 4	DIA 3 0	MES 0 6	AÑO 2 0 1 6	
CARGO DESEMPEÑADO							
FISCAL							

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA		PRIVADA		PAIS	
SINTRAUNICOL ITP		X				COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
PUTUMAYO		MOCOA		sintraunicoltp@hotmail.com			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			
322-2648412	DIA 3 0	MES 0 6	AÑO 2 0 1 6	DIA 0 3	MES 0 3	AÑO 2 0 2 0	
CARGO DESEMPEÑADO							
PRESIDENTE							

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA		PRIVADA		PAIS	
SINTRAUNICOL ITP		X				COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
PUTUMAYO		MOCOA		sintraunicoltp@hotmail.com			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			
322-2648412	DIA 0 3	MES 0 3	AÑO 2 0 2 0	DIA	MES	AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO							
PRESINDETE							

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA		PRIVADA		PAIS	
SINTRAUNICOL ITP							
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
PUTUMAYO		MOCOA		sintraunicolnacional@yahoo.com			
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			
	DIA 3 0	MES 0 6	AÑO 2 0 1 6	DIA	MES	AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO							
DELEGADO NACIONAL SINTRAUNICOL ITP							

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							

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

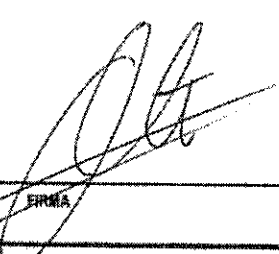
OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	19	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	19	6

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO **SINTRAUNICOL ITP** CENTRAL O CONFEDERACION **Central**

MANIFIESTO BAJO LA GRAYEDAD 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 _____ PUTUMAYO



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.