	PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 08 de 2019
		Página: 1 de 4
FORMATO HOJA DE VIDA POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR _____		29

1 - DATOS PERSONALES

<small>PRIMER APELLIDO</small> Madrid.	<small>SEGUNDO APELLIDO (CASADA)</small> Barryca	<small>NOMBRES</small> Nellys edilsa
<small>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</small>	<small>SEXO</small>	<small>NACIONALIDAD</small> PAIS

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACION BASICA Y MEDIA
 MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO/LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 8° A 11° DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

<small>EDUCACIÓN BÁSICA</small>										<small>TÍTULO OBTENIDO</small> Bachiller académico			
<small>PRIMARIA</small>			<small>SECUNDARIA</small>				<small>MEDIA</small>			<small>FECHA DE GRADO</small>			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>	<small>FECHA DE GRADO</small>
									X		DIC	2017	12/01/17

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
 ENUNCIAR ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRITA

TC (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ESP (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		NO DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	4 Semestres	X		Auxiliar de enfermería II	12	2017	81-010




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

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 06 de 2018
 Página: 2 de 4

3. EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD Hospital san vicente de Arauca					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO Arauca					MUNICIPIO Arauca		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD nominalhsva@gmail.com		
TELÉFONO 8550030		FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 016 AÑO 2009			FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []				
CARGO O CONTRATO ACTUAL Aux. enfermería-indefinido-Urgencias Calle 15 Cra 15 esquina									
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []				
CARGO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []				
CARGO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []				
CARGO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO []				
CARGO O CONTRATO ANTERIOR									

 El Ministerio del Interior	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
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					

	PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	Versión: 1.0
		Fecha: Marzo 08 de 2019
		Página: 4 de 4

3 - 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 PÚBLICO	11	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	10


4 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

PERTENEZCO AL SINDICATO Afiliado CENTRAL O CONFEDERACION ANTHOC

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 COMPLAV

AYACUCHA



 FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.