





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

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 05 de 2019

Página: 2 de 4

**3. EXPERIENCIA LABORAL**

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD Gobernacion					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO San andres Isla			MUNICIPIO San andres ISLa			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 02 AÑO 1998		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]					
CARGO O CONTRATO ACTUAL auxiliar de enfermeria					DEPENDENCIA Secretaria SaLud		DIRECCION AVda Newbal edf: cord Polace		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]					
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 [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]					
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 [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]					
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 [ ] MES [ ] AÑO [ ]		FECHA DE RETIRO DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]					
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 08 de 2019

Página: 3 de 4

### 4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

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

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

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

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

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



El Estado es de todos

# 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	23	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRabajADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	23	1

### 6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

fegtradesaiopro

CENTRAL O CONFEDERACION

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

Joannis mcNISH

FIRMA

### 7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACIÓN