



El empleo es de todos Mintrabajo

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 Tecnico Mario Pezzotti Lemus					PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS Colombia	
DEPARTAMENTO Norte de Santander			MUNICIPIO Los Patios			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ie.municipaldelospatios@gmail.com				
TELEFONO 6075552135		FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 05 AÑO 2015			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []					
CARGO O CONTRATO ACTUAL Docente					DEPENDENCIA Departamento			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA [] MES [] AÑO []			FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []					
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCION		



El empleo es de todos

Mintrabajo

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					



El empleo es de todos

Mintrabajo

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	27	03
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

ASINORT

CENTRAL O 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 _____

Adela Acevedo Rodríguez
FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN