

3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL											
EMPRESA O ENTIDAD <i>Emssanar ESS</i>					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Nariño</i>			MUNICIPIO <i>Pasto</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>sonia.herrera@emssanar.org.co</i>					
TELÉFONO <i>7336030</i>		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO							
DÍA <i>05</i>		MES <i>02</i>		AÑO <i>2003</i>		DÍA		MES		AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Empleada - Indefinida</i>					DEPENDENCIA <i>Gestión Social</i>			DIRECCIÓN <i>all 11 No.33 Esq. la Aurora</i>			

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD <i>Gestarsalud</i>					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Nariño</i>			MUNICIPIO <i>Pasto</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>secretaria@gestarsalud.com</i>					
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO							
DÍA <i>01</i>		MES <i>06</i>		AÑO <i>2009</i>		DÍA <i>07</i>		MES <i>07</i>		AÑO <i>2014</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN			

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD <i>Consultar SAS</i>					PÚBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>			MUNICIPIO <i>Bogotá</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>solange.caro@consultar.internacional.com</i>					
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO							
DÍA <i>01</i>		MES <i>01</i>		AÑO <i>2018</i>		DÍA <i>01</i>		MES <i>12</i>		AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN			

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD <i>Ceilat</i>					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA		PAÍS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Nariño</i>			MUNICIPIO <i>Pasto</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO							
DÍA <i>01</i>		MES <i>02</i>		AÑO <i>2003</i>		DÍA <i>01</i>		MES <i>06</i>		AÑO <i>2003</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN			

EMPLEO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD <i>Arpoica</i>					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA		PAÍS		
DEPARTAMENTO <i>Nariño</i>			MUNICIPIO <i>Pasto</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELÉFONO		FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO							
DÍA <i>01</i>		MES <i>02</i>		AÑO <i>2003</i>		DÍA <i>01</i>		MES <i>06</i>		AÑO <i>2003</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL					DEPENDENCIA			DIRECCIÓN			



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 <i>Compamiliar Nariño</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>	
DEPARTAMENTO <i>Nariño</i>		MUNICIPIO <i>Pasto</i>		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>secretariaconsejo@compamiliarnariño.com</i>		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO			
	DIA <i>21</i>	MES <i>07</i>	AÑO <i>2015</i>	DIA	MES	AÑO <i>2019</i>
CARGO DESEMPEÑADO <i>Consejera Principal</i>						

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

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

4
BOC

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		10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	10

6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

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

Nación

Comfamiliar


FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACION