

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



3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD	Alcaldía Municipio de Segovia	PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Antioquia	MUNICIPIO	Segovia	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	Salud@segovia-antioquia.gov.co		
TELEFONO	8315860	FECHA DE INGRESO	DIA 01 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Secretario de salud y bienestar	DEPENDENCIA	Salud	DIRECCION	PR50.11950-32		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	Alcaldía Municipio de Segovia	PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Antioquia	MUNICIPIO	Segovia	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	Salud@segovia-antioquia.gov.co		
TELEFONO	8315860	FECHA DE INGRESO	DIA 01 MES 01 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO	DIA 01 MES 11 AÑO 2011		
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			



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 Alcaldía Municipio de Segovia			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia		MUNICIPIO Segovia		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD SaludSegovia-antioquia.gov.co	
TELÉFONO 8315860	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD Alcaldía de Segovia			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia		MUNICIPIO Segovia		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD SaludSegovia-antioquia.gov.co	
TELÉFONO 8315860	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO Secretario de salud y Bienestar Social					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					



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 PÚBLICO	15	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	29	17

6 - CONDICIÓN 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

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION

Empty box for observations from the analysis and evaluation committee.