


940

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  | PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS | Código: GPP-F-17 |
| | FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | Versión: 1.0 |
| | | Fecha: Marzo 06 de 2019 |
| | | Página: 2 de 4 |

3 - EXPERIENCIA LABORAL

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|---|-------------------------|
| EMPLEO ACTUAL | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD BIENESTAR SALUD IPS S.A.S | | | PUBLICA | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAIS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | MUNICIPIO PASTO | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD bibiana237@hotmail.com | |
| TELEFONO 7364853 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL | | DEPENDENCIA ODONTOLOGIA | DIRECCION CARRERA 42ª #15-63 | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|-------------------------|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD IPS MUNICIPAL DE IPIALES | | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAIS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | MUNICIPIO IPIALES | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ipsmunicipalese@yahoo.es | |
| TELEFONO 7732413 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL | | DEPENDENCIA ODONTOLOGIA | DIRECCION CALLE 18 CARRERA1, IPIALES | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|-------------------------|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CENTRO HOSPITAL LA FLORIDA E.S.E | | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAIS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | MUNICIPIO LA FLORIDA | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD gerenciahospitalaflorida@gmail.com | |
| TELEFONO 3125872149 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL | | DEPENDENCIA ODONTOLOGIA | DIRECCION BARRIO SARAGOZA | | |

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|---|-------------------------|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CONSULTORIO ODONTOLOGICO ODONTOLOGIA INTEGRAL | | | PUBLICA | PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/> | PAIS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | MUNICIPIO EL TAMBO | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | |
| TELEFONO 313623726 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL | | DEPENDENCIA ODONTOLOGIA | DIRECCION BARRIO EL COMERIO | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|----------------------------|-------------------------|
| EMPLEO ANTERIOR | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO | | | PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> | PRIVADA | PAIS COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO NARIÑO | | MUNICIPIO LA LLANADA | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | |
| TELEFONO 7287737 | FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> | | FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA GENERAL | | DEPENDENCIA ODONTOLOGIA | DIRECCION BARRIO EL PROGRESO | | |



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

3
941

4 - CARGOS DIRECTIVOS

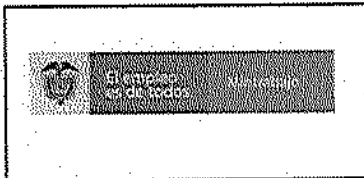
| | | | | | |
|-------------------|------------------|-----------|---------|----------------------------|------|
| EMPRESA O ENTIDAD | | | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRONICO ENTIDAD | |
| TELEFONO | FECHA DE INGRESO | | | FECHA DE RETIRO | |
| DIA | MES | AÑO | 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
FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
 Versión: 1.0
 Fecha: Marzo 06 de 2019
 Pagina: 4 de 4

942

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 | 4 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 8 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 13 | 5 |

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.



 * FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITE DE ANALISIS Y EVALUACION

Empty box for observations.