



3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS					PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER			MUNICIPIO LOS PATIOS			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ASISTENTE.GERENCIA@HOSPITALLOSPATIOS.GOV.CO			
TELEFONO 5552170	FECHA DE INGRESO DIA 01 MES 04 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DIA [] MES [] AÑO []						
CARGO O CONTRATO ACTUAL SERVICIOS GENERALES				DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA			DIRECCION CALLE 7 # 9-59 URB. DANIEL JORDAN		

EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		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		PRIVADA		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		PRIVADA		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		PRIVADA		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: 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	10	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	7

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SI

CENTRAL O CONFEDERACION

CENTRAL

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 COMFANORTE

Edison Hernández

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACIÓN