



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 SUBRED INTEGRADA DA SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE					PUBLICA X		PRIVADA X		PAIS COLOMBIA		
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO BOGO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD DIRECTOROPTALENTOHUMANO@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO					
TELEFONO 6013282828		FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 10 AÑO 1 9 8 8				FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO					
CARGO O CONTRATO ACTUAL HIGIENISTA ORAL					DEPENDENCIA ODONTOLOGIA			DIRECCION DIAGONAL 34 No. 5 - 43			
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: 3 de 4

4 - CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL "SINDESS"			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO BOGOTÁ,D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD sindessnacional@gmail.com		
TELEFONO 6012834220	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> 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"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO PRESIDENTE DEL SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL					

EMPRESA O ENTIDAD COMPENSAR			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO BOGOTÁ,D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD MMUNEVAR@COMPENSAR.COM		
TELEFONO 6014280666	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> 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="1"/> <input type="text" value="8"/>		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 DESEMPEÑADO CONSEJERO					

EMPRESA O ENTIDAD SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL "SINDESS" - SINDESS BOGOTÁ			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO BOGOTÁ,D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD sindessnacional@gmail.com		
TELEFONO 6013342595	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>		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 DESEMPEÑADO PRESIDENTE DEL SINDICATO NACIONAL DE LA SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL SECCIONAL BOGOTÁ					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO 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"/>		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 DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO 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"/>		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 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	34	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	34	7

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

SI



NO



PERTENEZCO AL SINDICATO

SINDESS

CENTRAL O CONFEDERACION

CUT

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 _____ COMPENSAR

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN