



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: 1 de 4

FORMATO HOJA DE VIDA

POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO León	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) Torres	NOMBRES Alberto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD PAIS
C.C		
FECH.		
FECH.		
PAIS		
DEPT.		
MUNI.		

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller académico								
PRIAMRIA					SECUNDARIA					MEDIA					FECHA DE GRADO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MES		AÑO	1	9	7	8	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TG (TECNICA) TL (TECNOLOGIA) TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
 ESP (ESPECIALIZACION) MG (MAESTRIA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN LA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION					No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	12	X		Médico cirujano	06	1	9	8	5	10502
ESP	3	X		Especialista Gerencia de la calidad en salud	04	1	9	9	8	
MG	4	X		Magister en dirección empresarial	04	2	0	1	3	

X 12



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 Delta A Salud		PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD alberto.leon@deltasalud.com		
TELEFONO 6015886688	FECHA DE INGRESO DIA 28 MES 11 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Presidente de la empresa	DEPENDENCIA Dirección	DIRECCION Calle 116 18-77		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Caja Colombiana del Subsidio Familiar Colsubsidio		PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalcliente@colsubsidio.com		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA 22 MES 09 AÑO 2003	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES 09 AÑO 2016		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Director general Clínica Infantil Colsubsidio	DEPENDENCIA Salud	DIRECCION Calle 67 10-42		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Caja de Compensación Familiar Compensar		PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO 6014280666	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2002	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2003		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Coordinador Servicios médicos ambulatorios	DEPENDENCIA Salud	DIRECCION Av 68 49 A 47		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Compañía Colombiana de Seguros Colseguros		PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 1998	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 2002		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Director Centros médicos EPS	DEPENDENCIA EPS	DIRECCION Cra 13 A 29-24		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Caja de Compensación Familiar Comfenalco Bogotá		PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 1996	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO 1998		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Director Clínica Comfenalco	DEPENDENCIA Salud	DIRECCION AV Carrera 30 52-77		

8 13



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 Delta A Salud (Categoría Grande empresa Dec. 957/2019)			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Bogotá		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD alberto.leon@deltasalud.com	
TELEFONO 6015886688	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="1"/> <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="6"/>		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 (cargo actual)					

EMPRESA O ENTIDAD Caja Colombiana del Subsidio Familiar Colsubsidio			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Bogotá		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalcliente@colsubsidio.com	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/>		
CARGO DESEMPEÑADO Director general Clínica Infantil Colsubsidio					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de Compensación Familiar Compensar			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Bogotá		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO 6014280666	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <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" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>		
CARGO DESEMPEÑADO Coordinador Servicios Médicos ambulatorios					

EMPRESA O ENTIDAD Compañía Colombiana de Seguros Coleseguros			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Bogotá		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" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <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" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>		
CARGO DESEMPEÑADO Director Centros Médicos EPS					

EMPRESA O ENTIDAD Caja de Compensación Familiar Comfenalco Bogotá			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca		MUNICIPIO Bogotá		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" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/>		
CARGO DESEMPEÑADO Director Clínica Comfenalco					

8/14



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	12	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	24	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	36	

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 COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN