



**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: 1 de 4

**FORMATO**  
**HOJA DE VIDA**  
 POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO  
 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <b>RINCON</b>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <b>URQUIZO</b>	NOMBRES <b>OSCAR JAURE</b>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD PAIS
C.C.		
FECHA Y FECHA		
PAIS		
DEPTO		
MUNICIP		

**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: <b>BACHILLER ACADÉMICO</b>								
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA					FECHA DE GRADO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	MES	11	AÑO	19	88

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

TC (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 TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		ADMINISTRADOR DE EMP.	05	2005	
ESP.	4	X		ESP. SEGURIDAD SOCIAL	06	2009	

71  
66



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 MINISTERIO DE SALUD y Protección Soc.	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD orincon@minsalud.gov.co	
TELEFONO 330 5000	FECHA DE INGRESO DIA 02 MES 02 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ]	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA ASEGURAMIENTO	DIRECCION CR 13 N° 32-76	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD MINISTERIO DE TRABAJO	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA.
DEPARTAMENTO CUNDINMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA 02 MES 02 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 01 MES 07 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA SUBS. FUER	DIRECCION CR 14 N° 99-33	

#### EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR	PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA.
DEPARTAMENTO CUNDINMARCA	MUNICIPIO BOGOTÁ	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA 26 MES 07 AÑO 2003	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 03 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA BENEFICIO	DIRECCION CRA 10 N° 16-39	

#### 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 **Mincolabor**

# 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 <b>COOPMINPROSOC<sup>SA</sup></b>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>CUNDINAMARCA</b>		MUNICIPIO <b>BOBOTA</b>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <b>gerencia@coopminprosoc.com</b>		
TELEFONO <b>60-1 2322096</b>	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="13"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="20"/> <input type="text" value="20"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO <b>PRESIDENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION</b>					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO DESEMPEÑADO					

70  
65



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 NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PUBLICO	6	7.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	22.	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3.	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	31	7.

### 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

*COMPENSAR*



FIRMA

### 7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN