



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	ESE Hospital La Misericordia	PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Quindío	MUNICIPIO	Calarcá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO	DIA 20 MES 04 AÑO 1991	FECHA DE RETIRO	DIA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Medico General	DEPENDENCIA	Consulta Externa	DIRECCION	Subgerencia de Hospital Calarcá gov.co		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	ESE Redsalud Armenia	PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Quindío	MUNICIPIO	Armenia	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO	DIA 20 MES 01 AÑO 1996	FECHA DE RETIRO	DIA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Medico General	DEPENDENCIA	Consulta Externa	DIRECCION	Guadalupe de la villa		

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	Instituto Seguros Sociales	PUBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Quindío	MUNICIPIO	Armenia	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO	DIA	MES 05 AÑO 1994	FECHA DE RETIRO	DIA	MES 11 AÑO 1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Medico Hospitalario	DEPENDENCIA	Sala de Parto	DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	Semag - Comitet	PUBLICA	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input checked="" type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Quindío	MUNICIPIO	Calarcá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO	DIA 04 MES 08 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO	DIA	MES 08 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA		DIRECCION			

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	Consulta Particular	PUBLICA	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input checked="" type="checkbox"/>	PAIS	Colombia
DEPARTAMENTO	Quindío	MUNICIPIO	Armenia - Calarcá	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO	3125709	FECHA DE INGRESO	DIA 04 MES 07 AÑO 1997	FECHA DE RETIRO	DIA 01 MES 06 AÑO 2019		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	Medico General	DEPENDENCIA	Privado	DIRECCION	Calle 4N #13-66		



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: 3 de 4

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	Código: GPP-F-17
	FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	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	30	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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 COMITÉ DE ANALISIS Y EVALUACIÓN

Empty box for observations.