



FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE CANDIDATOS

Convocatoria para la conformación del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud – Boyacá
2025

1. Datos de la entidad postulante

Nombre de la entidad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico para efectos de notificación:	
Cargo o sector al cual se postula:	

2. Datos del (los) candidato(s) postulado(s)

No.	Nombres y apellidos completos	Cédula de ciudadanía	Teléfono	Firma del candidato
1				
2				
3				

*Máximo tres postulaciones por entidad. La postulación de cada candidato debe adjuntar HV con copia de CC y los demás soportes establecidos en los requisitos de la convocatoria.

3. Declaraciones de los candidatos y la entidad postulante

La entidad postulante y cada candidato firmante manifiesta bajo la gravedad de juramento que:

- a) No se encuentra incurso en causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución, la ley o la normativa aplicable.
- b) Conoce y acepta los términos y condiciones establecidos en la Resolución de Convocatoria expedida por la Secretaría de Salud de Boyacá para la conformación del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud 2025.
- c) Acepta de manera expresa la postulación realizada por la entidad que suscribe este formato.
- d) Para efectos de la presente convocatoria, aceptan que toda notificación se entenderá válidamente realizada en el correo electrónico registrado en los datos de la entidad postulante.

En constancia de la presente postulación:

Firma: _____

Nombres y apellidos completo:

Cargo (marque una X) : Representante Legal: _____ , Presidente _____ , Gerente _____

Teléfono: