



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 DEL MAGDALENA - CAJAMAG

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA)	NOMBRES
TRIGOS	ORTIZ	CARLOS MAURICIO

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARKEE 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 Técnico Industrial						
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	2	0	0	2

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TE (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	11	X		Abogado	12	2	0	1	1	219467
ESP	2	X		Especialización en Derecho Público Financiero	11	2	0	1	4	

87



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

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EMPRESA O ENTIDAD Contraloría General de la República		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Santa Marta	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cgr@contraloria.gov.co		
TELEFONO 5187000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/> 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"/> <input type="text" value="7"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Grado 01 - Grupo de Investigaciones y Juicios Fiscales		DEPENDENCIA Gerencia Magdalena	DIRECCION Carrera 15 # 22 - 49	
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EMPRESA O ENTIDAD Fiduagraria S.A. - Patrimonio Autónomo Caprecom		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalcliente@fiduagraria.gov.co		
TELEFONO 5902000	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> 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"/> <input type="text" value="7"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Abogado Unidad de Gestión		DEPENDENCIA PA Caprecom	DIRECCION Calle 16 No. 6-66	
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EMPRESA O ENTIDAD Caja Colombiana de Subsidio Familiar - COLSUBSIDIO		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalcliente@colsubsidio.com		
TELEFONO 7447575	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> 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="4"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Analista de Reconocimiento		DEPENDENCIA Depto Admón de Afiliados	DIRECCION Calle 26 # 24 - 52	
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EMPRESA O ENTIDAD Fiduciaria La Previsora S.A. - PA Colpensiones		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD servicioalcliente@fiduprevisora.com.co		
TELEFONO 5945111	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional 4 - Estudio de represados		DEPENDENCIA Gerencia de Liquidaciones	DIRECCION Calle 72 No. 10 - 03	
EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAIS
EMPRESA O ENTIDAD Fiduciaria La Previsora S.A. - PAR Inurbe en Liquidación		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colombia
DEPARTAMENTO Magdalena	MUNICIPIO Santa Marta	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cgr@contraloria.gov.co		
TELEFONO 5945111	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>	FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> 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="4"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL Abogado Subdirección Jurídica		DEPENDENCIA Gerencia de Liquidaciones	DIRECCION Calle 72 No. 10 - 03	

	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: 3 de 4

4 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

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					

88



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	4	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	10

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

Unión Sindical Colombiana del Trabajo

CENTRAL O CONFEDERACION

CTU - USCTRAB

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