



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 08 de 2019

Página: 1 de 4

**FORMATO
HOJA DE VIDA**

**POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C DE BOYACÁ "COMFABOY"**

1- DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Medina	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) Fuentes	NOMBRES Jorge
----------------------------------	---	-------------------------

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 9° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO		E	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X	MESES	DÍAS	AÑO	DÍAS
										X	12		1977	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DEJANDO ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN NOGALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA)

TL (TECNOLOGIA)

TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ESP (ESPECIALIZACION)

MG (MAESTRIA O MASISTER)

DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION					Nº DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MESES	AÑO				
UN	9	X		Economista	12	1	9	8	3	43807
Exp	2	X		Especialización en Finanzas	12	2	0	8	1	

360



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 Contraloría General de la República					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Boyacá			MUNICIPIO Tunja			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD cgr@contraloria.gov.co				
TELÉFONO 7401515	DÍA 2 4		MES 0 4		AÑO 1 9 9 5		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional Universitario Grado 01					DEPENDENCIA Gerencia Boyacá		DIRECCION Calle 20 N° 8-20 Tunja			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Gobernación de Boyacá					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Boyacá Bogotá D.C			MUNICIPIO Tunja			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA 1 6		MES 1 1		AÑO 1 9 8 8		DÍA 2 3		MES 0 4	
CARGO O CONTRATO ANTERIOR Tecnico en contabilidad					DEPENDENCIA Sec. Obras Publicas		DIRECCION Edi			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Gobernación de Boyacá					PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>		PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Boyacá			MUNICIPIO Paipa			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA 1 1		MES 0 3		AÑO 1 9 8 7		DÍA 2 8		MES 0 7	
CARGO O CONTRATO ANTERIOR Inspector de policía					DEPENDENCIA Secretaría De Gobierno Departame		DIRECCION Edificio de Justicia de Paipa			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD Universidad Santo Tomas- Abierta y a Distancia					PÚBLICA <input type="checkbox"/>		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Boyacá			MUNICIPIO Gustaque			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA 1 5		MES 2		AÑO 1 9 9 3		DÍA 3 0		MES 1 1	
CARGO O CONTRATO ANTERIOR Tutor-Catedra					DEPENDENCIA Seccional Gustaque		DIRECCION Set			
EMPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD					PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD				
TELÉFONO	DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES	
CARGO O CONTRATO ANTERIOR					DEPENDENCIA		DIRECCION			



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 - PARTICIPACIÓN EN CUERPOS COLEGIADOS

EMPRESA O ENTIDAD Secretaría de Salud de Boyacá			PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO Boyacá		MUNICIPIO Tunja		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <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"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <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 Consejero Departamental de Seguridad Social En Salud					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <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"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <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					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <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"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <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					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <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"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <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					

EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELÉFONO	FECHA DE INGRESO DÍA <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"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <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					

361



PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 05 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 PÚBLICO	32	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	34	

6 - CONDICION 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