

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 ____ COMFAMA

26 Folios

I - DATOS PERSUNALES	1-	ATOS PERSONALES
----------------------	----	-----------------

ļ	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA)	Nombries
	ORTIZ	PALACIO	NEVER
-	[
_			

2 - FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATRO EQUIVALENTE A LOS GRADOS 6º A 11º DE

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

			EDU	CACIÓN	BÁSICA						TITULO OBTENIDO:	Bachiller Académico						
PRIAMRIA				5	ECUNE	ARIA		ME	DIA	FECHA DE GRADO								
1	2	3	4	5	6	7	8	ĝ	10	11	MES	12	AÑO	1	9	9	2	

х

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, 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	NO. SEMESTRES	GRAD	UADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERM	INACI	ON		No DE TARJETA
ACADEMICA	APROBADOS	SI	NO	O TITULO OBTENIDO	MES		Al	10		PROFESIONAL
UN	10	х		trador de Empresas con énfasis en Economia s	12	2	0	0	2	98112136
						<u> </u>			\rightarrow	
		ļ				⊢┤			-	
		<u> </u>	 		 -	\vdash				
	<u> </u>	 	+			┝┈┤		-	\vdash	
	<u></u>	-	_			\Box				
		 - -	+							
		-				П		Г		



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17	
Versión: 1.0	
Fecha: Marzo 06 de 2019	
Pagina: 2 de 4	

	_													, agiii	u. z uc +		
3 - EXPERIENCIA	A LABOR	AL															
							EMPLEO ACTUAL	—						 :			
EMPRESA O ENTIDAD AGRICOLA MAYORI	CA SAS (FI	NCA MAD	RESEL						PUBLIC	ĈA .	PRIV		PAI				
DEPARTAMENTO	mone (i	HOA IIIAD	NLOLL T		IUNICIPIO	——			<u></u>			<u>x</u>		_	COLON	IBIA	
	А	NTIOQUIA	Д				CAREPA			CORREO E	LECTRONIC			_ e			
TELEFONO	7		-	FECHA DE I	INGRESO		OANLEA	—		Щ		ecepci			<u>ut.com</u>	.co	
8243479	DIA _	0 8	MES		AÑO		1 9 9	5	DIA			MES [CHA DE RE	AÑO			$\overline{}$
CARGO O CONTRATO ACTUA	4L			**			DEPENDENCIA									 -	
		Indefini	nido					' - ! ! /		ľ	DIRECCIÓN		_	_			
								icios V	arios		<u> </u>	'	Òa aero	puerto (Carepa		
FUDBERA O SUTIDAD						EN	MPLEO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD AGRO ABIBE									PUBLICA	A	PRIVA	DA	PAIS				
DEPARTAMENTO					UNICIPIO			'	<u> </u>	TANADEN E	V EQTERNATION				COLOM	BIA	
	Ał.	NTIOQUIA	L	,	mourio		CAREPA		ļ	CORREO EL	.ECTRONIC() ENTIDAD					
TELEFONO	T	********		FECHA DE IN	NGRESO		UAREFA		-	<u> </u>							
į	DIA T	0 1	MES	0 3	AÑO		1 9 9	T 1	1 ~ 1	0	- 1		CHA DE RET	ר		 -	*-T-
	_		1	السلس	Alto		la la	بنا	DIA	<u> </u>	1	MES	0 3	AÑO	1	9	9 5
CARGO O CONTRATO ACTUAL							DEPENDENCIA		<u> </u>		DIRECCION	.—-					
		Indefini	ido				1	cios Va	arios	ſ	DIRECCION		Comu	nal el Si	iete		
						ЕМ	PLEO ANTERIOR								-		
EMPRESA O ENTIDAD								\neg	PUBLICA	4	PRIVA	DA	PAIS				
OF A OT A MENTO									l				1				
DEPARTAMENTO				MU	INICIPIO				ſ	CORREO ELE	ECTRONICO	ENTIDAD					
TELEFONO	T			FECHA DE IN	IGRESO												
	DIA	\Box	MES		AÑO		Г	\dashv	DIA [\neg	-	HA DE RETI	ì			
CARGO O CONTRATO ACTUAL	 _			<u> </u>		Щ.	DEPENDENCIA	<u> </u>	L DIA L	_		MES	<u></u>	AÑO			<u> </u>
							DEFERDENCIA			اً ا	DIRECCION						
						EU	CI CO ANTERIOR										
EMPRESA O ENTIDAD						Elli	PLEO ANTERIOR		PUBLICA		PRIVAD	14	PAIS				
								1	•		1,,,,,,	^	1.00				
DEPARTAMENTO				MUI	NICIPIO			—		CORREO ELE	TOTRONICO	CUTIDAD					
				İ					اً ا	ONNES LLL	CIRONICO,	ENIDAD					
TELEFONO				FECHA DE ING	GRESO			\neg		*		FECH	IA DE RETII	RO			
	DIA		MES		AÑO			\neg	DIA	$\neg \Gamma$	Π,	MES		AÑO			T
CARGO O CONTRATO ACTUAL	<u> </u>					_=	DEPENDENCIA	그		<u></u>	IRECCION						
					_					-	MEGGIQI						
HANCOA O FUTIDAD						EMP	LEO ANTERIOR										
MPRESA O ENTIDAD		•						P	PUBLICA		PRIVADA	A	PAIS				
EPARTAMENTO							<u>.</u>	\perp									
PH TO COMPLETE C				MUNI	IICIPIO -				C	ORREO ELEC	CTRONICO E	ENTIDAD					
ELEFONO									\bot								_
	DIA	77	*****	FECHA DE ING				_	г		~	FECH/	A DE RETIR	10			
ARGO O CONTRATO ACTUAL			MES	<u>Ш</u>	AÑO 			<u></u>	DIA	<u>_</u>	= '	MES		AÑO			<u> </u>
ALCO D COLLINATO MOTUAL							DEPENDENCIA				DECOLOR						$\overline{}$

DEPENDENCIA

DIRECCION



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 DI	KECTIVUS																		
EMPRESA O ENTIDAD								Į,	PUBLICA	A		PRIVADA		PAIS					
	ÇIN	NTRAIN	IAGRO									x			C	OLC	OMBI	Α	
DEPARTAMENTO	JII.	TI KAN		UNICIPIO				1	1	CORDO	TO EL SOT	RONICO ENTID	AD.						-
QEFAN)AMENIV	ANTIOOUIA		""		Α.	PARTA	πń			CURRE	O CLECII			aroí	<u> Qgma</u>	ail.co	om		
TELEFONO	ANTIOQUIA		FECHA DE I	MODESO	^	FANIA				L			FECHA D	_			<u> </u>		
						0	0	1	1		$\overline{}$] MES			AÑO		$\neg \Gamma$	\neg	\top
828 5088	DIA 2 1	MES	0 5	AÑO	2	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	DIA		<u> </u>	Mes				느	<u> </u>		
CARGO DESEMPEÑADO																			
S	ecretario de Relacior	nes Lat	orales																
				-				- "T	PUBLIC	:A		PRIVADA		PAIS					
EMPRESA O ENTIDAD										.,		, x				വേദ	OMBI	IΔ	
Central Unitaria de Tra	bajadores CUT Antio	quia		NUNICIPIO								<u> </u>		i		701	3,11101	-	
DEPARTAMENTO			J ^m	IUNICIPIO	_	485EI	. (CORRI		ronico Entid antioquia		nail .	com				
	ANTIOQUIA				R	MEDEL	LIN			L.,	Cula		FECHA I						
LEFONO			FECHA DE			 _						7	PECNAL	JE KEII		_	\neg		1
448 9649	DIA 1 8	MES	1 0	AÑO	2	0	1	8	DIA		<u> </u>	MES		<u></u>	AÑO	L_		Щ-	
CARGO DESEMPEÑADO	·· <u>-</u> -			_															
	epartamento de Juvei	ntud v l	Menor Trah	naiador															
Director De	spartamento de Juvei	ituu y i	MEHOI HAN	ajadoi															
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLIC	CA .		PRIVADA		PAIS					
EMPRESA O ENTIDAD	1 -414-4-	••	and de Dem									1		1	1	COL	.OMB	ΙA	
DEGLOTABLED	Instituto	Munici	pal de Dep	VIUNICIPIO					х	Toppo	150 CL 50	TRONICO ENTIL	240	Ь					
DEPARTAMENTO			["	NOTHION 70		CARE	D.A.			CORN		arepa@		norte	∍santi	oar	iia c	iov.c	o
	ANTIOQUIA					CARE	PA			Ц		aicpace	FECHA	_		<u> </u>	1104.5		
TELEFONO			FECHA DE					T 6	ł	r	$\overline{}$	T MES	T LOWA	T	ARO	Г	\neg	$\neg \tau$	
	DIA 0 8	MES	0 3	AÑO	2	0	2	0	DIA			_ mes	<u> </u>	<u> </u>	Ano	L.	_		
CARGO DESEMPEÑADO																			
Asesor Externo	para el fortalecimient	to de lo	s proyecto	s deportiv	/os												—		
									1			Tonuces a		PAIS					_
EMPRESA O ENTIDAD									PUBLI	CA		PRIVADA		PAIS					
	Instituto	Munici	pal de Dep						<u>L</u>			x				COL	OME	JIA	
DEPARTAMENTO			ľ	MUNICIPIO						CORE		TRONICO ENTI							
)	ANTIOQUIA					CARE	PA				<u> </u>	carepa@		_		<u>ioq</u> t	ла.с	<u>2.VO</u> E	<u>o</u>
TELEFONO			FECHA DE	E INGRESO					_	_		_	FECHA	1	٦.	_			
	DIA 2 7	MES	0 6	AÑO	2	0	1	3	DIA	2	7	MES		1 2	AÑO	L	2	0	1 3
CARGO DESEMPEÑADO												 -				_			
T, 11100 BAF 1111 MATERIA	Coordinador D	anortic	10																
	Coordination	eporus			_													J	*
EUROPEA A SUPLATA					_				PUBLI	ICA		PRIVADA		PAIS	-		_		
EMPRESA O ENTIDAD									[1							
0.50 DT4457175			 1	MUNICIPIO						T		TOONICO ENT	in a c	Щ-					
DEPARTAMENTO				aomurio						COR	KEU ELEC	TRONICO ENT	מאטו						
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								т—				FECHA	DE RE	TIRO				
TELEFONO			FECHA D	E INGRESO 1					4	_		¬	_	J. 10] AÑO	、г			\top
1	DIA	MES		AÑO		لــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ		Ш.	DIA			MES	<u> </u>		J AND	L			
														_					
CARGO DESEMPEÑADO																			
l .																			



FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Código: GPP-F-17
Versión: 1.0
Fecha: Marzo 06 de 2019
Pagina: 4 de 4

5 - TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

	E SU EXPERIENCIA		

OCUPACION	TIEMPO DE	EXPERIENCIA		
	AÑOS	MESES		
SERVICIO PUBLICO	2	6		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	30	6		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	32	12		

6 - CONDICION DEL POS	TULADO			
ME POSTULO EN REPR	ESENTACIÓN DE LOS TRABAJADOR	RES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SIND	ICALIZADO SI X	
PERTENEZCO AL SINDICATO	SINTRAINAGRO	CENTRAL O CONFEDERACION	CENTRAL UNITARIA DE	TRABAJADORES
MANIFIESTO RA IO LA GRAVEDAD DEL HIDA	MENTO OUE NO ME ENQUENTO OFFICE			
DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PAI	RA EJERCER EL CARGO DE CONSEJERO	RO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INC O DIRECTIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN	OMPATIBILIDAD FAMILIARCOMFA	MA
	4/	2222		
		monay)		
		FRMA		
7 - OBSERVACIONES	DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y	EVALUACIÓN		
-				