

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: 1 de 4

**FORMATO
HOJA DE VIDA**

**POSTULACION COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

1- DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BUITRAGO	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) RESTREPO	NOMBRES JORGE URIEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 40.956.003	SEXO M	NACIONALIDAD P

2- FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE 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						
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	AÑO	1	2	3	4
				X							11		1	9	8	0

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CROMOLOGICO, 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 ACADEMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION				No DE TARJETA PROFESIONAL	
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	10	X		ABOGADO	9	1	9	8	9	51066
POSGRADO		X		ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO	12	1	9	9	5	N/A
DIPLOMADO	542 HORAS	X		CRIMINOLOGIA Y CRIMINALISTICA	6	1	9	9	0	N/A
DIPLOMADO	150 HORAS	X		DERECHOS HUMANOS Y DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO		2	0	0	0	N/A
CURSO		X		CURSO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA CONSILIADORES	9	2	0	0	2	N/A



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: FISCALIA GENERAL DE LA NACION SECCIONAL DE FISCALIAS MEDELLIN			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
			<input checked="" type="checkbox"/>						COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA			MUNICIPIO: MEDELLIN			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD: JORGE.BUITRAGO@FISCALIA.GOV.CO							
TELÉFONO: 444 6677 EXT. 3228	DÍA: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/>		MES: <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>		AÑO: <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="5"/>			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 O CONTRATO ACTUAL: 396002 - FISCAL DELEGADO ANTE JUECES DE CIRCUITO						DEPENDENCIA:			DIRECCION:				

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:							
TELÉFONO:	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"/>			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 O CONTRATO ACTUAL:						DEPENDENCIA:			DIRECCION:				

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:							
TELÉFONO:	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"/>			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 O CONTRATO ACTUAL:						DEPENDENCIA:			DIRECCION:				

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:							
TELÉFONO:	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"/>			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 O CONTRATO ACTUAL:						DEPENDENCIA:			DIRECCION:				

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD:			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD:							
TELÉFONO:	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"/>			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 O CONTRATO ACTUAL:						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			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA				X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
ANTIOQUIA		MEDELLIN		emailinstitucional@comfenalcoantioquia.com	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
5108492	DIA	MES	AÑO	DIA	MES
	2	0	2 0 0 3		
CARGO DESEMPEÑADO					
CONSEJERO PRINCIPAL					

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES
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
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
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
CARGO DESEMPEÑADO					



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 NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVICIO PÚBLICO	30	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRabajador INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	30	11

6 - CONDICION DEL POSTULADO

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

SI NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

N/A

CENTRAL O CONFEDERACION

N/A

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

COMPENAFAMCO ANTIOQUIA

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACION

Empty box for observations from the analysis and evaluation committee.