

	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 POSTULACIÓN COMO MIEMBRO DEL CONSEJO DIRECTIVO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA "CAJAMAG"		

1 - DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PADILLA	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) VÁSQUEZ	NOMBRES XIMENA BEATRIZ
-----------------------------------	---	----------------------------------

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	X	MES	11	AÑO	1	9	9	1

EDUCACIÓN SUPERIOR(PREGRADO Y POSTGRADO)
 MARQUE EN ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

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		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	4	2	0	0	0	
UN	10	X		ABOGADO	9	2	0	1	7	300066



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 NACIÓN			PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD ximena.padilla@fiscalia.gov.co	
TELEFONO 4209602	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="A"/> MES <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="A"/> AÑO <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value=""/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE FISCAL I - EN PROPIEDAD		DEPENDENCIA AREA DE FISCALÍAS		DIRECCION CALLE 22 #4-70, EDIFICIO GALAXIA	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD FONDO NACIONAL DE AHORRO - EN MISION CON RED ALMA MATER Y TEMPORALES 1A			PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD magdalena@fna.gov.co	
TELEFONO 4319726	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> 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="0"/> <input type="text" value="8"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> 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="0"/> <input type="text" value="9"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR FRONT - AUX. ADMINISTRATIVO		DEPENDENCIA FNA MAGDALENA		DIRECCION CENTRO COMERCIAL PRADO PLAZA	

EMPLEO ANTERIOR


EMPRESA O ENTIDAD COPSERVIR LTDA COOPERATIVA MULTIACTIVA			PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD WWW.COPSERVIR.COM.CO	
TELEFONO 3530793	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="8"/> MES <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DEL DIRECTOR DE ZONA		DEPENDENCIA DIRECCIÓN DE ZONA 3		DIRECCION CARRERA 5 #19-40. SANTA MARTA	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CLINICA EL PRADO			PUBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA		MUNICIPIO SANTA MARTA		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD N-A	
TELEFONO 4329200	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="5"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="6"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE ADMINISTRACIÓN		DEPENDENCIA ADMINISTRACIÓN		DIRECCION CALLE 26, CRA 5, ESQUINA.	

EMPLEO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD			PUBLICA	PRIVADA	PAIS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRONICO ENTIDAD	
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA <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 DIA <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	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			PÚBLICA			PRIVADA			PAÍS				
N/A													
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRONICO ENTIDAD					
TELEFONO		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO	
CARGO DESEMPEÑADO													

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

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

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

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

99



El empleo es de todos. Mi trabajo

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	9	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	1
TRabajADOR INDEPENDIENTE	N-A	N-A
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	1

6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO

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

SI

NO

PERTENEZCO AL SINDICATO

SIN TRAFISCALIA

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 _____ DEL MAGDALENA

FIRMA

7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN