


102

	<b>PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	Código: GPP-F-17
	<b>FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR</b>	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 \_\_\_\_\_

**1 - DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <i>Tortes</i>	SEGUNDO APELLIDO (O CASADA) <i>Liñan</i>	NOMBRES <i>Evelis</i>
----------------------------------	---	--------------------------

**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 8° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACION BÁSICA										TITULO OBTENIDO:				
PRIARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	MES	12	AÑO	1995

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)  
 DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:  
 T (TÉCNICA)      TL (TECNOLOGIA)      TEC (TECNOLOGIA ESPECIALIZADA)      UN (UNIVERSITARIA)  
 ESP (ESPECIALIZACIÓN)      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 TITULO OBTENIDO	TERMINACION			No DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		
<i>TC</i>	<i>4</i>	<i>✓</i>		<i>farmacología</i>	<i>6</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>16829800</i>
<i>DPO</i>	<i>2</i>	<i>✓</i>		<i>farmacovigilancia y N</i>	<i>12</i>	<i>20</i>	<i>12</i>	

109



# 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: 2 de 4

183

### 3 - EXPERIENCIA LABORAL

EMPLEO ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD <i>Suputienda y Drogueria Limpieza SAO</i>					PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>			MUNICIPIO <i>Valledupar</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO <i>5712353</i>		FECHA DE INGRESO DIA <i>15</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1991</i>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Indefinido</i>					DEPENDENCIA <i>Drogueria</i>		DIRECCION <i>Diagonal 16 # 17-69</i>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD <i>fabrica de Coca cola</i>					PUBLICA		PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>		PAIS
DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>			MUNICIPIO <i>Valledupar</i>			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <i>11</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1987</i>		FECHA DE RETIRO DIA <i>10</i> MES <i>11</i> AÑO <i>1991</i>					
CARGO O CONTRATO ANTERIOR <i>Contacto</i>					DEPENDENCIA <i>Vente</i>		DIRECCION <i>Carrera 9 # 7-139</i>		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ANTERIOR					DEPENDENCIA		DIRECCION		
EMPLEO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD					PUBLICA		PRIVADA		PAIS
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRONICO ENTIDAD			
TELEFONO		FECHA DE INGRESO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>					
CARGO O CONTRATO ANTERIOR					DEPENDENCIA		DIRECCION		

210

PROCESO GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Código: GPP-F-17

Versión: 1.0

Fecha: Marzo 06 de 2019

Página: 3 de 4

FORMATO POSTULACIÓN CONSEJO DIRECTIVO CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

4- CARGOS DIRECTIVOS

EMPRESA O ENTIDAD <i>Sintroolimpica Regional Valledupar</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>	
DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>		MUNICIPIO <i>Valledupar</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>Sintro@valledupar.10@hotmail.com</i>			
TELEFONO <i>3163105790</i>	DIA <i>10</i>	MES <i>07</i>	AÑO <i>1997</i>	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO <i>fiscal</i>						

EMPRESA O ENTIDAD <i>Sintroolimpica Nacional</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>	
DEPARTAMENTO <i>Condinamarca</i>		MUNICIPIO <i>Bogota</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>Sintro Nacional 2010@gmail.com</i>			
TELEFONO <i>2761170</i>	DIA <i>06</i>	MES <i>07</i>	AÑO <i>2008</i>	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD <i>Confederacion General del Trabajo CGT</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>	
DEPARTAMENTO <i>Condinamarca</i>		MUNICIPIO <i>Bogota</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>CGTcolombia@gmail.com</i>			
TELEFONO	DIA <i>14</i>	MES <i>09</i>	AÑO <i>2018</i>	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

EMPRESA O ENTIDAD <i>Federacion Cesar CGT</i>			PUBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS	
DEPARTAMENTO <i>Cesar</i>		MUNICIPIO <i>Valledupar</i>	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD <i>cetcesar@gmail.com</i>			
TELEFONO <i>5828331</i>	DIA <i>13</i>	MES <i>03</i>	AÑO <i>2010</i>	DIA	MES	AÑO
CARGO DESEMPEÑADO						

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

150

211

**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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	34	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>34</b>	

**6 - CONDICIÓN DEL POSTULADO**

ME POSTULO EN REPRESENTACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN MI CONDICIÓN DE AFILIADO SINDICALIZADO      SI       NO

PERTENEZCO AL SINDICATO      Sintoolimpica      CENTRAL O CONFEDERACION      CGT

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 \_\_\_\_\_

Cemfucasa

Evelis Torres Linares  
FIRMA

**7 - OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN**