**Diligencie los siguientes campos completamente, puede insertar y/o eliminar filas en caso de requerirlo.**

**Fecha de Diligenciamiento:** Haga clic aquí para escribir una fecha.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. DATOS BÁSICOS | | | |
| Nombre (s): | Haga clic aquí para escribir texto. | Apellidos: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Cédula de Ciudadanía: | Haga clic aquí para escribir texto. | Fecha de Nacimiento (AAA-MM-DD) | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Teléfono de contacto IDEAM: | Haga clic aquí para escribir texto. | Correo Electrónico: |  |
| EPS: | Elija un elemento. | ARL: | Elija un elemento. |
| Fondo de Pensiones: | Elija un elemento. | Grupo Sanguíneo/Factor RH | Elija un elemento. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EDUCACIÓN: Diligencie su Nivel Educativo - Debe adjuntar los soportes de los Títulos obtenidos | | | | | |
| Nivel de Estudios | Institución | Ciudad | Programa | Fecha de Finalización  (AAAA-MM) | Título Obtenido |
| Elija un elemento. |  |  |  |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |  |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |  |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |  |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. FORMACIÓN: Diligencie el siguiente campo iniciando por el más reciente- Debe adjuntar los soportes de formación relacionados | | | | | |
| Tipo de Formación  (Curso, Diplomado, etc) | Institución | Ciudad | Programa | Fecha  (AAAA-MM) | Duración  (Horas) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EXPERIENCIA LABORAL : Diligencie el siguiente campo iniciando por el más reciente- Debe adjuntar los soportes de experiencia relacionados | | | | | |
| Empresa o Entidad | Cargo | Fecha de ingreso (AAAA-MM-DD) | Fecha de Salida  (AAAA-MM-DD) | Total (meses) | Describa brevemente las Funciones Principales |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. PARTICIPACIÓN EN AUDITORÍAS DE PRIMERA O SEGUNDA PARTE | | | |  |
| Empresa o Entidad que lo contrató | Empresa o Entidad auditada | Rol Desempeñado | Fecha  (AAAA-MM-DD) | Total  (horas) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EXPERIENCIA EN CONSULTORÍAS Y/O IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN | | | |  |  |
| Empresa o Entidad que lo contrató | Empresa o Entidad Asesorada | Descripción | Fecha  (AAAA-MM-DD) | Total  (días) | Duración  (Horas) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**HISTORIAL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN** |
| 01 | 24/03/2022 | Creación del documento. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ELABORÓ:  **Viviana Granados Mendoza**  Contratista | REVISÓ:  **Diana Faride Fandiño**  Profesional Universitario Grupo de Acreditación | APROBÓ:  **Leonardo Pineda Pardo**  Coordinador Grupo de Acreditación de Laboratorios |