**Nota:** Toda la información registrada en este documento debe tener su correspondiente soporte.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DATOS PERSONALES | | | | | |
| **Nombres** |  | | | **Apellidos** |  |
| **No. de Identificación** |  | **Expedida en** |  | **Fecha de nacimiento** |  |
| **Dirección de residencia** |  | | | **Ciudad, Departamento** |  |
| **No. Teléfono fijo** |  | | | **No. Teléfono Móvil** |  |
| **Correo Electrónico** |  | | | **Nacionalidad** |  |
| **E.P.S.** |  | | | **Fondo de Pensiones** |  |
| **RUT** |  | | | **A.R.L.** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EDUCACIÓN: (describa su nivel educativo posterior a la educación media básica (grado 11)) | | | | | | | |
|  | **Nivel** | **Titulo Obtenido** | **Centro Educativo** | **Ciudad, País** | **Año y mes graduación**  **(aaaa-mm)** | **Duración (meses)** | **Cuenta con Soporte**  **(si o no)** |
| 2\_1 |  |  |  |  | (Elija fecha) |  |  |
| 2\_2 |  |  |  |  | (Elija fecha) |  |  |
| 2\_3 |  |  |  |  | (Elija fecha) |  |  |
| 2\_4 |  |  |  |  | (Elija fecha) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN: (relacione únicamente la formación o capacitación específica en servicios/áreas técnicas / laboratorios/ sistemas de gestión, entre otros, relacionadas con el esquema en el cuál desea calificarse) | | | | | | | |
|  | **Tipo de formación** (diplomado, curso, pasantía, seminario, etc.) | **Tema** | **Centro Educativo** | **Ciudad, País** | **Año y mes**  **(aaaa-mm)** | **Duración (Horas)** | **Cuenta con Soporte**  **(si o no)** |
| 3\_1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3\_2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3\_3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3\_4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3\_5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EXPERIENCIA LABORAL | | | | | | | |
|  | **Organización** | **Cargo Desempeñado** | **Desde**  **(aaaa-mm)** | **Hasta**  **(aaaa-mm)** | **Total (meses)** | **Principales Funciones** | **Cuenta con Soporte**  **(si o no)** |
| 4\_1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4\_2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4\_3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4\_4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4\_5 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EXPERIENCIA EN EVALUACIONES Y/O AUDITORIAS DE 1a 2a  o 3ª PARTE | | | | | | | | |
|  | **Organización que l@ Contrató** | **Organización Evaluada o Auditada** | **Tipo de Auditoría**  **(PRIMERA, SEGUNDA O TERCERA)** | **Rol** | **Fecha**  **aaaa-mm-dd** | **Total (días)** | **Duración (Horas)** | **Cuenta con Soporte**  **(si o no)** |
| 5\_1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5\_2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5\_3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5\_4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5\_5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. EXPERIENCIA EN IMPLEMENTACIÓN / CONSULTORÍA / DOCENCIA EN SISTEMAS DE GESTIÓN | | | | | | | |
|  | **Organización que l@ Contrató** | **Organización que recibió** | **Rol o actividad** | **Fecha**  **aaaa-mm-dd** | **Total (días)** | **Duración (Horas)** | **Cuenta con Soporte**  **(si o no)** | |
| 6\_1 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6\_2 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6\_3 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6\_4 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 6\_5 |  |  |  |  |  |  |  | |

**AUTORIZACIÓN**

**PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES- PROFESIONALES TÉCNICOS**

El ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA – ONAC, será el responsable del tratamiento y, en tal virtud, podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones que de manera autónoma e independiente he contraído por medio de la Orden de Servicio suscrita con ONAC. A su vez manifiesto que conozco mis derechos como titular del dato, previstos en la Constitución y en la Ley 1581 de 2012. Estos derechos los podré ejercer a través de los canales o medios dispuestos por ONAC para la atención al público, la línea de servicio al cliente 7427592, el correo electrónico onac@onac.org.co y en la Dirección Av. Calle 26 # 57-83, Torre 8, Oficina 1001, cuya información puedo consultar en www.onac.org.co, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento al ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA – ONACpara que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en la página oficial del Organismo <https://onac.org.co/datos-personales>y que me dio a conocer antes derecolectar mis datos personales.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria, una vez leída en su totalidad.