FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	DAZA	EDWIN HERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 74347061

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 7701120862 D.M. 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 12 MES 01 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 2A 71 74 CASA N 1

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

TELÉFONO: 3144771 EMAIL: edwinhmd@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN ARCHIVISTICA	12	2022	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GESTION AMBIENTAL	05	2020	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	11	2004	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
ASOCIACION COLOMBIANA DE INGENIEROS	EDUCACIÓN INFORMAL	130	X		DIPLOMADO SISTEMAS INTEGRADOS DE CALIDAD	11	2005
UNIVERSIDAD DEL BOSQUE	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		FORMACION PARA LA ACREDITACION EN SALUD DE IPS	05	2009
ICONTEC	EDUCACIÓN INFORMAL	104	X		ACREDITACION IPS	12	2010
BUREAU VERITAS	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		AUDITOR INTERNO DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN LA NORMA ISO 9001	12	2011
BUREAU VERITAS - CAMILO JOSE CELA	EDUCACIÓN INFORMAL	400	X		MASTER DE GESTION DE LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES	02	2012
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA	EDUCACIÓN INFORMAL	160	X		DIPLOMADO EN SISTEMAS DE GERENCIA INTEGRAL HSEQ	08	2012
BUREAU VERITAS	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		AUDITOR INTERNO DE SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN LA NORMA ISO 9001	04	2013
GRUPO EMPRESARIAL V&A	EDUCACIÓN INFORMAL	120	X		DIPLOMADO EN GESTION PARA CONTRATAR CON EL ESTADO	11	2020
FUNDACION UNIPYMES	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)	03	2021
ESAP	EDUCACIÓN INFORMAL		X		Diplomado en Políticas Públicas	11	2022
Escuela Superior de administración Pública	EDUCACIÓN INFORMAL		X		Diplomado en contratación Estatal	11	2022

4 **IDIOMAS**

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE BOYACA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6087420150	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	12	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE OFICINA ASESORA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 20 9 90					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -PAIPA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* PAIPA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR DE PLANEACION ESTRATEGI	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 21 37					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR	*DEPENDENCIA* ACADEMICA - CAPACITACION					*DIRECCIÓN* AVENIDA 9 12 null					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD DE SACHICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* SÁCHICA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142617976	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 6 05					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL BAUDILIO ACERO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TURMEQUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7326182	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	*DEPENDENCIA* AREA DE CONTROL INTERNO					*DIRECCIÓN* CALLE 3A 6 50					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* MIRAFLORES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7403312	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 3 20 24						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SESQUILÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8568062	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	04	*Mes*	09	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 5 8 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SESQUILÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8568062	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	11	*Año*	2014	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 5 8 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SESQUILÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8568062	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 5 8 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* CAIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27 cra 11 N° 27-27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7405030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11N 27 27					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	11	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*