



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Rossi                                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Buenaventura                     | NOMBRES<br>Francisco Augusto Giuseppe                                                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <input type="text"/> | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                                         | NÚMERO <input type="text"/>                                        | D.M. <input type="text"/>                                                              |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>                                 | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><input type="text"/>               |                                                                                        |
| PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                                                                   | PAÍS<br>COLOMBIA                                                   | DEPTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                                  |
| DEPTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                                                                                              | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                                          |                                                                                        |
| MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                                                                                          | TELÉFONO <input type="text"/>                                      | EMAIL <input type="text"/>                                                             |

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 BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     | TÍTULO OBTENIDO |    | BÁSICA SECUNDARIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES             | 11 | AÑO               | 1972 |

## EDUCACIÓN SUPERIOR (PRÊGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)

TL (TECNOLÓGICA)

TE (TECNOLÓGICA 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           | 4                       | X        |    | ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA         | 06          | 1989 |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    | MEDICINA                                 | 01          | 1980 |                            |

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 |
| ESPAÑOL   |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |
| INGLÉS    |          | X |    |        | X |    |            | X |    |
| PORTUGUÉS |          | X |    |        | X |    | X          |   |    |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

3

#### 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<br>FUNDACION IFARMA    |  |                                              |    | PÚBLICA |    | PRIVADA<br>X               |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.             |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                |  | FECHA DE INGRESO                             |    |         |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                          |  | Día                                          | 01 | Mes     | 01 | Año                        | 2019 | Día                                             | 04 | Mes | 07 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ASESOR SENIOR |  | DEPENDENCIA<br>AREA DIRECCION                |    |         |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 13 32 51 TORRE 3 OFIC 1115 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR               |  |                                              |    |         |    |                            |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION IFARMA    |  |                                              |    | PÚBLICA |    | PRIVADA<br>X               |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.             |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>4797757                     |  | FECHA DE INGRESO                             |    |         |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                          |  | Día                                          | 01 | Mes     | 05 | Año                        | 2007 | Día                                             | 31 | Mes | 12 | Año | 2018 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR (A)  |  | DEPENDENCIA<br>ADM. COORDINACION Y DIRECCION |    |         |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 15 32 70                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR               |  |                                              |    |         |    |                            |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION IFARMA    |  |                                              |    | PÚBLICA |    | PRIVADA<br>X               |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C.             |  | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C.                    |    |         |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>2454757                     |  | FECHA DE INGRESO                             |    |         |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                          |  | Día                                          | 01 | Mes     | 09 | Año                        | 2001 | Día                                             | 01 | Mes | 10 | Año | 2002 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>DIRECTOR (A)  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE DIRECCION             |    |         |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 15 32 70                   |    |     |    |     |      |

4

#### 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)

5

## 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            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 16                    | 3     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 16                    | 3     |

6

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Bogotá D.C. febrero 6 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

## 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