IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS-GTH-FT-047 **Versión:** 02	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	9	13	2026	CIUDAD	Bogotá	DEPARTAMENTO	Bogotá

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Javier	Alejandro	Arevalo	Galindo
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1022391513	Bogotá	jarevalo@idcbis.org.co
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
13/03/1994	Bogotá	Enfermero Profesional	1022391513
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
SI	1022391513	MASCULINO	3046171576
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
U.LIBRE	2	Colombiano	Bogotá
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Cl 48a Sur #10-1 conjunto residencial molinos de la caracas etapa 4 manzana 39 apartamento 201	**BARRIO**	molinos

II. INFORMACION ACADEMICA (Diligencie los títulos de educación formal obtenidos)

NIVEL EDUCATIVO	NOMBRE DEL PROGRAMA	AÑO/SEMESTRE APROBADO	INSTITUCIÓN	TERMINADO	FECHA ACTA DE GRADO
PRIMARIA	Primaria Basica	2004	Colegio distrital el Jazmin	SI	
SECUNDARIA	Bachiller Academico	2010	Colegio Liceo del Caribe	SI	4/12/2010
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO	Enfermeria	2018	Universidad Manuela Beltran	SI	23/03/2018
PREGRADO				SI	
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

V. EXPERIENCIA LABORAI (Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios en estricto orden cronológico, comenzando por el actual, si faltan espacios de click en simbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	2/1/2026	31/3/2026	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	1/4/2025	31/12/2025	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	2/1/2025	31/3/2025	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	16/10/2024	31/12/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	1/6/2024	15/10/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	24/4/2024	31/5/2024	

IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS-GTH-FT-047 **Versión:** 02	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026	

JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**	**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	25/1/2024	23/4/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	1/11/2023	24/1/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS				PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	2/5/2023	31/10/2023	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	1/8/2022	30/4/2023	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	3/1/2022	30/4/2022	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	4/1/2021	31/12/2021	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			calle 32 · 12 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6043649320	sensibilizador	21/12/2020	31/12/2020	
JEFE O SUPERVISOR	**Patricia Forero**		**No. CONTACTO**	**6043649320**

			DIRECCIÓN	**TIPO DE CONTRATO**
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

TIEMPO DE EXPERIENCIA	**TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS**		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**5**	**0**	**2,00**

VI. CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE UN FAMILIAR QUE PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE NO LOCALIZARLO A USTED DIRECTAMENTE.

NOMBRES Y APELLIDOS	**PARENTESCO**	**DIRECCIÓN**	**TELEFONO**
Jeimmy Melissa Chaparro Alvarez	pareja	Cl 48a Sur #10-1	3102595187

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**SI**	**FONDO DE CESANTIAS**
Compensar		Colpensiones		**N° RESOLUCIÓN**	N°	¿Cual?

VIII. OTROS

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	**NO**	21/12/2020 31/03/2026
B. ¿TIENE FAMILIARES TRABAJANDO EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD ?	**NO**	En caso de ser afirmativo indique: perfil y tipo de contrato
C. ¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD ?	**NO**	SI

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que **SI** _____ **NO** _**X**___ me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para contratar con el **INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD IDCBIS.**

Hago constar que los datos aquí consignados son veraces y autorizo de forma voluntaria, libre y espontanea al **INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD IDCBIS** para que adelante el proceso de verificacion de la informacion consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO: Javier Alejandro Arevalo Galindo

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 1022391513

GUARDAR