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
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	5	3	2026	CIUDAD	BOGOTA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DIANA	MARIA	SAENZ	REYES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	52847714	BOGOTA	dmsaenz@idcbis.org.co
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
30/12/1979	IBAGUE	OFESIONAL DE RELACIONES ECONOMICAS INTERNACIONALI	
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
		FEMENINO	3046451049
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO	1	COLOMBIANA	BOGOTA
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 20 C 93-60 INT 6 APTO 503 CAMINOS DE MODELIA 1	**BARRIO**	HAYUELOS

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	BASICA PRIMARIA	1990	COLEGIO EXALUMNAS DE LA PRESENTACIÓN	SI	30/11/1990
SECUNDARIA	BACHILLER ACADEMICO	1996	COLEGIO EXALUMNAS DE LA PRESENTACIÓN	SI	30/11/1996
TECNICO	ROFESIONAL RELACIONES ECONOMICAS INTERNACIONALES	X SEMESTRE	UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CPLOMBIA	SI	25/04/2008
TECNOLOGICO				SI	
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 LABORAL (Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios en estricto orden cronológico, comenzando por el actual, si faltan espacios de click en símbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			CARRERA 32 12-81	OBRA LABOR
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6013649620	EJECUTIVO DE PROMOCIÓN	18/10/2023	NA	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO**		**No. CONTACTO**	**3134257718**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
SEGUROS BOLIVAR S.A			CARRERA 13 60-86	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6013410077	DIRECTORA DE VENTAS	24/2/2022	2/8/2023	VOLUNTARIO
JEFE O SUPERVISOR	**MARIA LUCIA HENAO**		**No. CONTACTO**	**3165752354**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INTER RAPIDISIMO S.A			CALLE 13 65 - 18	FIJO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6017456000	EJECUTIVO SENIOR CORPORATIVO	24/3/2021	16/12/2021	VOLUNTARIO
JEFE O SUPERVISOR	**JULIAN ROJAS**		**No. CONTACTO**	**3505082893**

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO

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	

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	**2**	**2**	**3,00**

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**
ROSARIO REYES DE SAENZ	MAMA	CALLE 20 C 93 -60 INT 6 APTO 503 CELULAR 3132742180	

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**NO**	**FONDO DE CESANTIAS**
SURA		COLPENSIONES		**N° RESOLUCIÓN**	N°	¿Cual?

VIII. OTROS

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	**NO**	En caso de ser afirmativo indique: Cargo, Fecha de inicio y terminacion de contrato, Motivo del retiro.
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: DIANA MARIA SAENZ REYES

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 52847714

GUARDAR