[redacted]	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	26	3	2026	CIUDAD	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO	

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LAURA	ALEJANDRA	REYES	ROJAS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1001174939	BOGOTA D.C	lauralejar@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
11-01-2002	BOGOTAD.C	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	1001174939
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
NA		FEMENINO	3202596871
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO		COLOMBIANA	BOGOTA D.C
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CARRERA 74 #44 SUR:29 / CONJUNTO RESIDENCIAL MULTIFAMILIARES LAGO TIMIZA / TORRE 2 - APTO 305 / BARRIO: LAGO TIMIZA	**BARRIO**	LAGO TIMIZA

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

NIVEL EDUCATIVO	NOMBRE DEL PROGRAMA	AÑO/SEMESTRE APROBADO	INSTITUCIÓN	TERMINADO	FECHA ACTA DE GRADO
PRIMARIA		5/5	I.E.D FRANCISCO DE MIRANDA	SI	
SECUNDARIA		11/11	INSTITACION DE EDUCACION MEDIA EMAUS	SI	30/11/18
TECNICO				NO	
TECNOLOGICO				NO	
PREGRADO	INSTRUMENTACION QUIRURGICA	8/8	UNIVERSIDAD EL BOSQUE	SI	15/12/2023
POSTGRADO				NO	
MAESTRIA				NO	
DOCTORADO				NO	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PROYECTO DE GRADO: COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR CANCER DE SENO EN COLOMBIA 2010-2021

XI JORNADA DE ACTUALIZACION EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA. UNIVERSIDAD EL BOSQUE

INGLES B1. UNIVERSIDAD EL BOSQUE

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 simbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL			TV. 3C #49-02	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	13/3/2024	31/3/2026	MEJOR OFERTA LABORAL
JEFE O SUPERVISOR	**SINDY AMAYA MARQUEZ**		**No. CONTACTO**	**3125820171**

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**	

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	**2**	**0**	**19,00**

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

NELSON DAMIRO REYES	PADRE	CRA 74 #44 SUR:29	3164347613

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
FAMISANAR		COLPENSIONES		N° RESOLUCIÓN	N°	NO

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 _X___ NO _____** 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: LAURA ALEJANDRA REYES ROJAS

FIRMA: Alejandra Reyes

DOCUMENTO: C.C. 1001174939

GUARDAR