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	29	4	2026	CIUDAD	Bogotá	DEPARTAMENTO	Bogotá D.C

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Karen	**Yurany**	**Urrego**	**Orrego**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1022383727	Bogotá	kyurrego@idcbis.org.co
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
15/05/1993	**Bogotá**	**Bacterióloga**	**1022383727**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
NA		FEMENINO	**3103092962**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO	**1**	Colombiana	**Bogotá**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Carrera 5 #20-29 apto 402A	**BARRIO**	Las Nieves

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				SI	
SECUNDARIA	**Bachillerato Comercial**	2010	**Instituto Álvaro Mutis**	SI	4/12/2010
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	**Bacteriología y laboratorio Clínico**	2016	**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**	SI	24/06/2016
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA	**Maestría en Ciencias - Bioquímica**	2024	**Universidad Nacional de Colombia**	SI	15/08/2024
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
Diplomado en gestión de la calidad analítica en el laboratorio	**Health U**	120 horas	2025
Diplomado en Banco de sangre, Medicina transfusional y Servicio de transfusión	**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**	120 horas	2015

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES: Primer puesto modalidad ORO por la presentación del trabajo científico Incremento en la eficiencia en el aislamiento de células estromales mesenquimales a partir de sangre de cordón umbilical.

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
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 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**
	Investigadora	1/4/2026	30/6/2026	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 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**
	Investigadora	1/3/2026	31/3/2026	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	2/1/2025	28/2/2025	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	1/4/2025	31/12/2025	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	2/1/2025	31/3/2025	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	15/10/2024	31/12/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	4/6/2024	15/10/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	24/4/2024	31/5/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	25/1/2024	23/4/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	17/3/2023	24/1/2024	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	2/1/2023	16/3/2023	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	1/5/2022	26/12/2022	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	1/9/2021	30/4/2022	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	1/8/2020	31/8/2021	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	1/10/2018	31/7/2020	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	27/11/2017	30/8/2018	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	5/9/2016	4/9/2017	
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en salud			Cra 32 # 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Investigadora	5/9/2016	4/9/2017	Finalización año rural
JEFE O SUPERVISOR	**Ana María Perdomo Arciniegas**		**No. CONTACTO**	**3118124446**

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	

TIEMPO DE EXPERIENCIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS		
	AÑOS	MESES	DIAS
TOTAL	8	5	4

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
María Mercedes Orrego Rojas	Mamá	Calle 58 K sur # 80 J 38	3195833280

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	SI	FONDO DE CESANTIAS
Sanitas		Protección		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: Karen Yurany Urrego Orrego

FIRMA: 

DOCUMENTO: C.C. 1022383727

GUARDAR