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	27	2	2026	CIUDAD	BOGOTA	DEPARTAMENTO	BOGOTA

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
LUIS	FERNANDO	HUERFANO	RODRIGUEZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRONICO
C.C.	79594752	BOGOTA	lhuerfano@idcbis.org.co
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TARJETA PROFESIONAL No.
20/1/1972	BOGOTA	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	
LIBRETA MILIAR	No. LIBRETA MILITAR	SEXO	TELEFONO CELULAR
SI	79594752	MASCULINO	3228698331
ESTADO CIVIL	No. PERSONAS A CARGO	NACIONALIDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
SOLTERO	0	COLOMBIA	BOGOTA
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CARRERA 38 # 15-19 APARTAMENTO 210 TORRE 1	BARRIO	ZONA INDUSTRIAL

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	5	COLEGIO PUBLICO REPUBLICA DE ALEMANIA	SI	1983
SECUNDARIA	BACHILLERATO	11	CAPACITACION 2.000	SI	2/8/2009
TECNICO	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	4	ESAF	SI	11/8/2007
TECNOLOGICO				NO	
PREGRADO				NO	
POSTGRADO				NO	
MAESTRIA				NO	
DOCTORADO				NO	

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			CARRERA 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
3228698331	TECNICO OPERATIVO	2/9/2025	31/12/2025	FIN DE CONTRATO
JEFE O SUPERVISOR	JHON ALEXANDER BELLO		No. CONTACTO	3125978571

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			CARRERA 32# 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
3228698331	TECNICO OPERATIVO	1/8/2025	1/9/2026	FIN DE CONTRATO
JEFE O SUPERVISOR	JHON ALEXANDER BELLO		No. CONTACTO	3125978571

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCION	TIPO DE CONTRATO
BANTEJIDO NEIVA			ALTICO	INDEFINIDO
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
3228698331	TECNICO OPERATIVO	15/3/2022	31/7/2025	VOLUNTARIO
JEFE O SUPERVISOR	FELIX CELIS		No. CONTACTO	3108586916

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDCBIS			CARRERA 32# 12-81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
3228698331	TECNICO OPERATIVO	1/4/2009	21/1/2020	VOLUNTARIO
JEFE O SUPERVISOR	ASTRID MALAGON		No. CONTACTO	3649620

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
COBANCOL			CLINICA BARRAQUER	INDEFINIDO
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
3228698331	TECNICO OPERATIVO	1/3/2000	1/9/2008	VOLUNTARIO
JEFE O SUPERVISOR	ALICIA MONTOYA		No. CONTACTO	6449544

TIEMPO DE EXPERIENCIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS		
	AÑOS	MESES	DIAS

TOTAL	**24**	**1**	**18.00**

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
OLGA LUCIA HUERFANO	HERMANA	ICONONZO	3204305272

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

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

VIII. OTROS

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	**SI**	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: LUIS FERNANDO HUERFANO RODRIGUEZ

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 79594752

GUARDAR