

	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DE TALENTO HUMANO			CÓDIGO: IDCBS-GTH-FT-047 Versión: 02	
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBS			Vigente a partir de: 05/02/2026	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	9	3	2026	CIUDAD	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO	Bogotá D.C
---------------------------	---	---	------	--------	------------	--------------	------------

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
GABRIEL	FERNANDO	FLETSCHER	COVALEDA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRONICO
C.C.	14295088	Ibague	fletscher@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TARJETA PROFESIONAL No.
28/6/1985	Ibague	Médico	73285/2009
LIBRETA MILIAR	No. LIBRETA MILITAR	SEXO	TELEFONO CELULAR
SI	85062641822	MASCULINO	3214850320
ESTADO CIVIL	No. PERSONAS A CARGO	NACIONALIDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
SOLTERO	1	Colombiano	Ibague
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 30 #5-29 apto 1607		BARRIO
			La Carolina

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 Academico	2001 - 11 grado	Colegio Nacional de San Simon	SI	1/12/2001
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	MEDICO CIRUJANO	2007	UNIVERSIDAD NACIONAL	SI	1/12/2007
POSTGRADO	ORTOPEDISTA Y TRAUMATOLOGO	2014	UNIVERSIDAD NACIONAL	SI	1/4/2014
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
Curso Regional de capacitación para la operación de bancos de tejidos. 6ª. Edición.	Facultad de Medicina Virtual, Universidad de Buenos Aires, Argentina.	120	2015

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

Honorable Mention for Best scientist poster: "Experimental modification of the induced membrane technique using conditioned media produced by mesenchimal stem cells (MSC)" American Association of Orthopaedics Surgeons AAOS National Meeting 2016. Abril de 2016.

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
Instituto Distrital Ciencia y Biotecnología IDCBS		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
	Director Médico	6/3/2017	a la fecha	
JEFE O SUPERVISOR	Jhon Alexander Bello		No. CONTACTO	3125978571

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN		TIPO DE CONTRATO
Clinica Asotrauma		Barrio Cadiz		PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
5153000	Cirujano Ortopedista	16/8/2016	a la fecha	
JEFE O SUPERVISOR	Dr. Patiño		No. CONTACTO	5153000

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	0	0	-

VI. CONTACTO DE EMERGENCIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO

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?	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

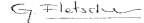
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que SI _____ NO __X__ me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para contratar con el **INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD IDCBIS.**

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 verificación de la información consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO:

GABRIEL FERNANDO FLETSCHER COVALEDA

FIRMA:



DOCUMENTO:

C.C.

14295088

GUARDAR