IDCBIS	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	**CÓDIGO:** IDCBIS GTH-FT-047 **Versión:** 01	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	23	6	2026	***CIUDAD***	Bogota d.c	***DEPARTAMENTO***	Cundinamarca

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**
Luis	**Alberto**	**Acuña**	**Leguia**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**
C.C.	1002474521	Soacha Cundinamarca	8/01/2021
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
19/12/2002	**Talaigua nuevo Bolivar**	**Auxiliar de almacen**	
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
		MASCULINO	**3125518345**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**TIPO DE VIVIENDA**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO	**NO**	FAMILIAR	**Bogota**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	KR 19 A 11A NO 67	**NACIONALIDAD**	Colombia

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				SI	
SECUNDARIA	**Bachillerato**	11	**Istituto el gran saber**	SI	26/11/2018
TECNOLOGICO				NO	
PREGRADO				NO	
POSTGRADO				NO	
MAESTRIA				NO	
DOCTORADO				NO	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	**INSTITUCION**	**INTENSIDAD HORARIA**	**AÑO**
Diplomado Fundamentos de la Contratacion estatal	**La escuela superior de administracion publica**	20 HORAS	2023
Diplomado Trasferencia ,integridad ,prevencion y lucha Contra la Corrupcion	**La escuela superior de administracion publica**	100 HORAS	1023

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 simbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
IDCBIS			Carrera 32 no 12-81	OBRA LABOR
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	Auxiliar de almacen	27/2/2023	30/6/2026	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO	**Nestor javier Rodrigues mendez**		**No. CONTACTO**	**3112690439**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
DUFRY			Aeropuerto Internacional el dorado	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3506251095	Auxiliar logistico	1/2/2022	7/2/2023	Estudios Universitarios
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INGCOSERVI			Carrera 9 BIS A #49F -70	TRANSITORIO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3194856467	Auxiliar de mantenimiento	6/8/2021	6/10/2021	Una mejor Oferta laboral
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
DEC Seguridad			Carrera 12 NO 15 -88	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3008688308	Auxiliar de almacen	12/1/2021	12/7/2022	PERSONALES
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

TIEMPO DE EXPERIENCIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS		
	AÑOS	MESES	DIAS
TOTAL	4	10	14,00

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
Yeraldin leguia castrillo	tia	Kr 19 A 11A NO 67	3114438316

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
Mutual ser		proteccion		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 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: Luis Alberto Acuña Leguia

FIRMA: *luis acuña*

DOCUMENTO: C.C. 1002474521

GUARDAR