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	22	6	2026	**CIUDAD**	Bogota	**DEPARTAMENTO**	Bogota

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Maria	**Alejandra**	**Caviedes**	**Cardozo**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1013651951	bogota	malejacaviedes@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
29/07/1994	**Bogota**	**Bacteriologa y Laboratorista Clinica**	**1013651951**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
NA	NA		**3012205308**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO	**0**	COLOMBIANA	**Bogota**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	**Crr 29d #28-24 sur**	**BARRIO**	**Santander**

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	**Basica primaria**	2005	**I.E.D. Colegio Francisco de Paula Santander**	SI	31/12/2005
SECUNDARIA	**Bachiller academico**	2010	**I.E.D. Colegio Francisco de Paula Santander**	SI	2/12/2010
TECNICO	**Tecnico auxiliar de enfermeria**	2013	**INGABO**	SI	6/07/2013
TECNOLOGICO	**Bateriologia y laboratorista clinico**	2018	**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**	SI	31/08/2018
PREGRADO	**Especializacion en Gerencia de la calidad y auditoria en salud**	2026	**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**	SI	27/02/2026
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
BANCO DE SANGRE, MEDICINA TRANSFUCIONAL Y SERVICIO DE TRANSFUSION	**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA**	120	2017
MANEJO DE EQUIPO AUTOMATIZADO PARA RECOLECCIÓN DE PLAQUETAS TIRMA ACCEL VERSION 7	**TERUMO**	24	2020
CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO ALYX GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS	**FRESENIUS**	8	2020
CAPACITACIÓN EN EL EQUIPO MINDRAY	**COMPROLAB**	2	2020

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PARTICIPACIÓN EN XIV ENCUENTRO REGIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN

PARTICIPACIÓN EN XIX ENCUENTRO NACIONAL Y XIII INTERNACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN

PARTICIPACIÓN EN XV ENCUENTRO REGIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN REDCOLSI – NODO BOGOTÁ, CUNDINAMARCASIENDO PARTE DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SEMILLERO NEONATURE, GRUPO CEPARIUM, UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA.

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 Ciencias Biotecnologia e Innovacion en Salud - IDCBIS			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**
3649620	Profesional operativo control de calidad	1/4/2026	30/4/2026	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**Sonia Patricia Forero Matiz**		**No. CONTACTO**	**3649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencias Biotecnologia e Innovacion en Salud - IDCBIS			Cra. 32 #12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	Profesion administrativa banco de sangre	1/11/2023	31/3/2026	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**Sonia Patricia Forero Matiz**		**No. CONTACTO**	**3649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Instituto Distrital de Ciencias Biotecnologia e Innovacion en Salud - IDCBIS			Cra. 32 #12 - 81	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	Jefe de Hemodonacion	1/5/2022	31/10/2023	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**Sonia Patricia Forero Matiz**		**No. CONTACTO**	**3649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
			Cra. 32 #12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	Jefe de Hemodonacion	5/10/2019	30/4/2022	N/A
JEFE O SUPERVISOR	**Sonia Patricia Forero Matiz**		**No. CONTACTO**	**3649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO

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	

Laboratorio Pateur				
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Bacteriologa y laboratorista clinica	27/10/2018	30/9/2019	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**Adriana Milena Rodriguez**		**No. CONTACTO**	**3108928927**

TIEMPO DE EXPERIENCIA	**TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS**		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**7**	**6**	**4,00**

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**
Rodrigo Caviedes Rey	PADRE	CRR 29D #28-26 SUR	3152471002

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**SI**	**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 verificacion de la informacion consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO: Maria Alejandra Caviedes Cardozo

FIRMA: 

DOCUMENTO: C.C. 1013651951

GUARDAR