

 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	23	6	2026	CIUDAD	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C
---------------------------	----	---	------	--------	------------	--------------	------------

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CAREN	ESTEFANY	RODRIGUEZ	LEANDRO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRONICO
C.C.	1000458551	BOGOTÁ D.C	cerodriquez@idcbis.org
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TARJETA PROFESIONAL No.
14/12/2026	BOGOTÁ D.C	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1000458551
LIBRETA MILITAR	No. LIBRETA MILITAR	SEXO	TELEFONO CELULAR
		FEMENINO	3118003598
ESTADO CIVIL	No. PERSONAS A CARGO	NACIONALIDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
U.LIBRE			
DIRECCIÓN RESIDENCIA	DIAGONAL 146 # 136- A 90		COMPARTIR
	BARRIO		

II. INFORMACION ACADEMICA (Diligencia los títulos de educación formal obtenidos)

NIVEL EDUCATIVO	NOMBRE DEL PROGRAMA	AÑO/SEMESTRE APROBADO	INSTITUCIÓN	TERMINADO	FECHA ACTA DE GRADO
PRIMARIA			LA GAITANA	SI	
SECUNDARIA		2018	LA GAITANA	SI	2018
TECNICO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2020	ALEXANDER FLEMING	SI	2020
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 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
FUNDACION BANCO DE SANGRE HEMOLIFE		CALLE 23 NO 116-31		OBRA LABOR
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DEL RETIRO
(57-1)748124-26-27	AUXILIAR DE ENFERMERIA	16/6/2021	28/1/2022	PERSONALES
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
MEDICALL HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL		CARRERA 52 - 67 A -71		OBRA LABOR
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
4377540 EXT 5033	AUXILIAR DE ENFERMERIA	26/5/2022	29/1/2022	PERSONALES
JEFE O SUPERVISOR		No. CONTACTO		

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN		TIPO DE CONTRATO
IDCBIS		CRA 32 NO 12-81		PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
3046362351	AUXILIAR DE PROCESAMIENTO	11/10/2022		
JEFE O SUPERVISOR		No. CONTACTO		3046362351

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	DÍAS

 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		
TOTAL		-123	11	13,00

VI. CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE UN FAMILIAR QUE PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE NO LOCALIZARLO A USTED DIRECTAMENTE.			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BRAYAN DAVID ORTEGA LANCHEROS	PAREJA	DIAGONAL 146 NO 136 A 90	3124748981

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
SALUD TOTAL		PORVENIR		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 terminación 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 ☒ 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:	CAREN ESTEFANY RODRIGUEZ LEANDRO
FIRMA:	
DOCUMENTO:	C.C. 1000458551

GUARDAR