

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	25	6	2026	CIUDAD	BOGOTA	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
---------------------------	----	---	------	--------	--------	--------------	--------------

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
AURA	SOFIA	HERNANDEZ	OLAYA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRONICO
C.C.	1233509740	BOGOTA	aurahernandezolaya@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TARJETA PROFESIONAL No.
04 de septiembre de 1999	BOGOTA	ENFERMERA	1233509740
LIBRETA MILIAR	No. LIBRETA MILITAR	SEXO	TELEFONO CELULAR
		FEMENINO	3167860504
ESTADO CIVIL	No. PERSONAS A CARGO	NACIONALIDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
U.LIBRE		COLOMBIANA	BOGOTA
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 22F #116-71	BARRIO	LA ALDEA

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	PRIMARIA	5 PRIMARIA	LICEO INFANTIL MARYETH	SI	noviembre 2011
SECUNDARIA	BACHILLER	11 GRADO	IED SAN JOSE DE CASTILLA	SI	27-11-2017
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	ENFERMERIA	8 SEMESTRE	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	SI	31-01-2024
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

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
CLINICA CENTENARIO			Cl. 13 #17 - 21, centro, Bogotá	INDEFINIDO
TELÉFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DEL RETIRO
601 74660111	ENFERMERA DE HOSPITALIZACIÓN	9/2/2024	24/10/2025	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	CAROLINA BERMUDEZ		No. CONTACTO	3175038255

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA			Cra. 66 #23-46, Bogotá	FIJO
TELÉFONO	CARGO O PERFIL CONTRACTUAL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
15948650	ENFERMERA DE SALAS DE CIRUGIA	20/12/2025	5/7/2026	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	JEIMY OSPINA		No. CONTACTO	15948650

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
TELÉFONO	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
TELÉFONO	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
TELÉFONO	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		2	3	2,00

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
JUAN FELIPE ROJAS PULIDO	PAREJA	CALLE 22F 116-71	3046471468

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
SANITAS		PORVENIR		N° RESOLUCIÓN	N°	PORVENIR

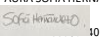
VIII. OTROS

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 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 IDCBS**.

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 IDCBS** para que adelante el proceso de verificación de la información consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO:
FIRMA:
DOCUMENTO:

AURA SOFIA HERNANDEZ OLAYA

C.C. 10

GUARDAR

