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	4	3	2026	CIUDAD	Bogota	DEPARTAMENTO	Bogota

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CLAUDIA	PATRICIA	MORA	PEREZ
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	52282441	BOGOTA	CMORA@IDCBIS.ORG.COM
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
3/05/1977	BOGOTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
		FEMENINO	3106199924
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
CASADO		COLOMBIANA	BOGOTA
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 27 A SUR #7-50	**BARRIO**	SERAFINA

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	BACHILLER ACADEMICO	11	COLEGIO LICEO ALEMAN	SI	dic-94
TECNICO	JXILIAR DE ENFERMERIA-TECNICO AUXILIAR DE LABORATO	10MESES -8 MESES	POLITECNICO NACIONAL-INFORSALUD	SI	oct-07
TECNOLOGICO				SI	ago-01
PREGRADO				SI	
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
RESPONSABILIDADES DE LOS TRABAJADORES EN LA PROTECCION Y SEGURIDAD RADIOLOGICA	SEGRAD S.A.S Dosimetria Personal	8	2024
PROTECCION Y SEGURIDAD RADIOLOGICA	SEGRAD S.A.S Dosimetria Personal	8	2024
DIPLOMADO EN PROTECCION RADILOGICA	POLITECNICO MAYOR	120	2023
ENTRENAMIENTO DE SISTEMA FRACCIONAMIENTO AUTOMATIZADO REVEOS	TERUMOBCT	8	2023
CURSO INTRODUCTORIO DE CAPACITACION EN CALIDAD Y BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD	23	2023
LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PUBLICOS DE COLOMBIA	EL GRUPO DE MODERNIZACION DEL ESTADO (GME)	35	2023
ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO TACE II	TERUMOBCT	8	2021
CURSO MOOC ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE	EAN	35	2021
ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO SISTEMA FRACCIONAMIENTO AUTOMATIZADO REVEOS	TERUMOBCT	8	2021
ACCIONES BASICA PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD	SENA	40	2020
ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO SISTEMA FRACCIONAMIENTO AUTOMATIZADO REVEOS	TERUMOBCT	8	2020
HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SENA	40	2020
RADIOLOGICAS PARTE II,PARA PRACTICAS DE MEDIDORES FIJOS	RP SERVICE SIST	20	2018
PASANTIA BANCO DE SANGRE	HEMOCENRO DISTRITAL	120	2004

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 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	

TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
JEFE O SUPERVISOR			**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA,BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD			CRA32 #12-89	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
613649577	AUXILIAR DE ENFERMERIA			
JEFE O SUPERVISOR	**GUSTAVO SALGUERO**		**No. CONTACTO**	

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA,BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD			CRA 32 #12-89	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
613649577	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3/3/2017	31/3/2026	
JEFE O SUPERVISOR	**GUSTAVO SALGUERO LOPEZ**		**No. CONTACTO**	**6013649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS PABLO VI BOSA E.S.E			CALLE 9 #39 46	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6017560505EXT1211	AUXILIAR DE ENFERMERIA	17/9/2012	31/3/2017	
JEFE O SUPERVISOR	**YOLIMA BARRAGAN-BERNARDO CAMACHO RODRIGUEZ**		**No. CONTACTO**	**6013649620**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E			CALLE 60 SUR #18 BIS 09	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
PBX 6015683396-6017693131	AUXILIAR DE ENFERMERIA	17/1/2005	15/9/2012	
JEFE O SUPERVISOR	**LEONARDO ALFONSO MORALES HERNANDEZ -BERNARDO CAMACHO RODRIGUEZ**		**No. CONTACTO**	**6013649620**

TIEMPO DE EXPERIENCIA	**TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS**		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**21**	**3**	**17,00**

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**
GERMAN EDUARDO GANTIVA GARON	ESPOSO	CALLE 27 A SUR #7-50	3112350070

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: CLAUDIA PATRICIA MORA PEREZ

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 52282441

GUARDAR