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	9	3	2026	**CIUDAD**	Bogota D,C	**DEPARTAMENTO**	Bogotá D,C

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
YESID	**FRANCISCO**	**FRANCO**	**NIETO**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1024581281	Bogotá D,C	yfranco@idcbis.org.co
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
17/06/1997	**Bogotá D,C**	**Psicologo**	**234789**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
SI	**1024581281**	FEMENINO	**3053722285**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
SOLTERO	**2**	Colombiano	**Bogotá D,C**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CLL 23C # 70 - 50 AP 303 IN 39	**BARRIO**	Fontibon

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				SI	
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	**Psicólogo**	2021 / decimo	**Universidad El Bosque**	SI	21/08/2026
POSTGRADO				NO	
MAESTRIA				NO	
DOCTORADO				NO	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
FORMULACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES	**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**	30	2025
PRIMER RESPONDIENTE EN SALUD MENTAL	**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA**	10	2025
PRIMER RESPONDIENTE CURSO QUE SALVA VIDAS	**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA**	10	2025

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
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			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	SENSIBILIZADOR DE HEMODONACIÓN	2/1/2026	31/3/2026	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2026-0022**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	SENSIBILIZADOR DE HEMODONACIÓN	1/4/2025	31/12/2025	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2025-0293**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	SENSIBILIZADOR DE HEMODONACIÓN	2/1/2025	31/3/2025	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2025-0124**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	16/10/2024	31/12/2024	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2024-0681**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	1/6/2024	15/10/2024	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2024-0449**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	2/5/2024	31/5/2024	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2024-0356**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	SENSIBILIZADOR DE HEMODONACIÓN	25/1/2024	23/4/2024	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-2024-0111**

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
	FORMATO HOJA DE VIDA IDCBIS	**Vigente a partir de:** 05/02/2026

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	SENSIBILIZADOR DE HEMODONACIÓN	21/11/2023	24/1/2024	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-0690-2023**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	1/9/2023	30/9/2023	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-0533-2023**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	3/4/2023	31/8/2023	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-0238-2023**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	EJECUTIVO DE HEMODONACIÓN	1/2/2023	31/3/2023	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-0035-2023**

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACIÓN EN SALUD			CRA 32 # 12 - 81	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3649620	PROMOTOR DE HEMODONACIÓN	18/3/2022	30/4/2022	NA
JEFE O SUPERVISOR	**SONIA PATRICIA FORERO MATIZ**		**No. CONTACTO**	**CPS-0161-2022**

TIEMPO DE EXPERIENCIA	**TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS**		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**3**	**11**	**9,00**

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**
MIGUEL ANGEL NIETO SANCHEZ	TIO	CALLE 23C # 70 - 50	3103170212

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**SI**	**FONDO DE CESANTIAS**
COMPENSAR		PROTECCIÓN		**N° RESOLUCIÓN**	NA	NA

VIII. OTROS

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	**NO**	NA
B. ¿TIENE FAMILIARES TRABAJANDO EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD ?	**NO**	NA
C. ¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD ?	**NO**	NA

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: YESID FRANCISCO FRANCO NIETO

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 1024581281

GUARDAR