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.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26	3	2026	CIUDAD	Bogota	DEPARTAMENTO	Cundinamarca

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Jankeline		Garcia	Valenzuela
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	55173955	Neiva - Huila	yakivalenzuela75@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
10/06/1975	Girardot	Administradora de Empresas	87910
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
		FEMENINO	3133795995
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
U.LIBRE	2	Colombiana	Bogota
Calle 152 A No 54-75	Casa 114 agrupacion 5 Mazuren	**BARRIO**	Mazuren

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	Primaria	5	Institucion Benjamin Borrero	SI	15/12/1987
SECUNDARIA	Bachiller Comercial	11	Inem Julian Motta Salas	SI	4/12/1993
TECNICO				SI	
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	Administracion de Empresas	10	UNAD	SI	18/09/2015
POSTGRADO	Auditoria Clinica	2	Universidad Manuela Beltran	SI	19/05/2017
MAESTRIA	Administracion de Empresas de Salud	1	Universidad EAN	ACTUAL	
DOCTORADO				SI	

III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
DIPLOMADO SARLAFT 4.0	UNIVERSIDAD JAVERIANA	150	2023
SISTEMA DE CONTROL INTERNO BASADO EN EL MODELO ESTANDAR MECI	ESAP	80	2023
FORO NACIONAL DE ACREDITACION EN SALUD	ICONTEC	16	2023

IV. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

V. EXPERIENCIA LABORAI (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
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS NORTE SUBRED NORTE			CALLE 66 No 15 - 41	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
4431790	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	15/3/2024	31/10/2025	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**ERIKA PAOLA ROJAS URREGO**		**No. CONTACTO**	4431790

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON			CALLE 9 S # 6 - 5	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
315 8282378	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	15/11/2022	28/2/2024	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO		**No. CONTACTO**	315 8282378

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS NORTE SUBRED NORTE			CALLE 66 No 15 - 41	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
4431790	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VI	1/6/2021	30/7/2022	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ		**No. CONTACTO**	3112707356

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
CLINICA LOS COBOS MEDICALL CENTER			CARRERA 9 #131A – 40	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
(601 7457581	JEFE DE FACTURACION	4/6/2019	26/5/2021	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**ROCIO YAMILE ORTIZ**		**No. CONTACTO**	**3103292795**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
CLINICA NUEVA CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA			CALLE 45 F No 16 A -11	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3274444	JEFE DE FACTURACION	28/11/2017	30/5/2019	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	ROCIO YAMILE ORTIZ		**No. CONTACTO**	3103292795

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR			CARRERA 24C # 54 - 47 Sur	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**

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	

(601) 7428585	LIDER GRUPO FACTURACION	4/1/2016	15/11/2017	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	ORLANDO ANGEL		**No. CONTACTO**	3124601536

NOMBRE DE LA EMPRESA			**DIRECCIÓN**	**TIPO DE CONTRATO**
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA			CARRERA AVENIDA 5 No 5 -80	PRESTACION DE SERVICIOS
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
608 - 848035	JEFE FACTURACION Y ADMISIONES	28/10/2012	31/12/2015	PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	CESAR PALACIOS PACHON		**No. CONTACTO**	3102245672

TIEMPO DE EXPERIENCIA	**TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS**		
	AÑOS	**MESES**	**DIAS**
TOTAL	**15**	**9**	-

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**
EDINSON BARRERO LISCANO	ESPOSO	CALLE 152 A No 54-75	313 229 6336

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**NO**	**FONDO DE CESANTIAS**
COMPENSAR		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: Jankeline Garcia Valenzuela

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 55173955

GUARDAR