

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	9	3	2026	CIUDAD	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO	Bogotá D.C
---------------------------	---	---	------	--------	------------	--------------	------------

### I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Cristian	Santiago	García	Arango
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CORREO ELECTRONICO
C.C.	1022432103	Bogotá D.C	<a href="mailto:CSGARANGO@GMAIL.COM">CSGARANGO@GMAIL.COM</a>
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TARJETA PROFESIONAL No.
19/12/1997	Bogotá D.C	INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO	1022432103
LIBRETA MILITAR	No. LIBRETA MILITAR	SEXO	TELEFONO CELULAR
NO	N/A	MASCULINO	317495507
ESTADO CIVIL	No. PERSONAS A CARGO	NACIONALIDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
SOLTERO		Colombiano	Bogotá D.C
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CLL 58 SUR # 89 55		BARRIO

### 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		Colegio Mixto Ciudadanos del Futuro	SI	
SECUNDARIA	Bachillerato	2013	Colegio Mixto Ciudadanos del Futuro	SI	1/12/2013
TECNICO	Tecnico Auxiliar en Enfermería	2012 - 3 semestres	Escuela de Formaciones Formates	SI	1/12/2012
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	Instrumentación Quirúrgica	2019 - 8 semestre	Fundación universitaria de ciencias de la salud	SI	1/12/2018
POSTGRADO				SI	
MAESTRIA				SI	
DOCTORADO				SI	

### III. OTROS ESTUDIOS

PROGRAMA	INSTITUCION	INTENSIDAD HORARIA	AÑO
Jornada actualización en neurocirugía para instrumentadores	Fundación universitaria de ciencias de la salud	8	2018
Primer simposio de instrumentación quirúrgica y esterilización "Cirugía mínimamente invasiva, con máxima asistencia del instrumentador quirúrgico".	Hospital Universitario Mayor Mederi	8	2018
Curso virtual Abordaje Integral en salud de la paciente víctima de violencia sexual	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	40	2019
DIPLOMADO EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	POLITECNICO MAYOR	120	2019
XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA FUNDACIÓN DEL QUEMADO EN ALIANZA CON EL I CONGRESO MUNDIAL INTERDISCIPLINARIO DE INNOVACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE QUEMADO DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ EN COLABORACIÓN CON MÉDICOS POR LA PAZ	FUNDACION SANTAFE	16	2019
Foro Control de procesos en la central de esterilización hospitalaria	ICONTEC	5	2019
SIMPOSIO VIRTUAL MEDICINA DE LA DONACION	FUNDONAR	12	2022

### 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	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	PROFESIONAL OPERATIVO	3/9/2025	31/3/2026	
JEFE O SUPERVISOR	JHON ALEXANDER BELLO	No. CONTACTO	3125978571	
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO		
IDCBIS	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	PROFESIONAL OPERATIVO	3/4/2019	3/1/2025	
JEFE O SUPERVISOR	ASTRID MALAGÓN	No. CONTACTO	3138016434	
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		
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		
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	DIAS
TOTAL	6	4	3,00

**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
Esperanza Arango	Madre	CLL 58 SUR # 89 55	3143527603

**VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL**

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
Sanitas		Protección		N° RESOLUCIÓN	N°	No

**VIII. OTROS**

A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	SI	Profesional operativo, 03/04/2029 al 03/01/2025.
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 verificación de la información consignada y documentos anexos.

NOMBRE COMPLETO:

Cristian Santiago García Arango

FIRMA:

*Cristian S. García Ar.*

DOCUMENTO:

C.C.

1022432103

GUARDAR