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	22	5	2026	**CIUDAD**	Bogotá	**DEPARTAMENTO**	Cundinamarca

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
July	**Vanessa**	**Ruiz**	**Mendoza**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1013691016	Bogotá	julyruiz6@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
24/08/1999	**Bogotá**	**Intrumentadora Quirúrgica**	**1013691016**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
		FEMENINO	**3133540685**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
U.LIBRE		Colombiana	**Bogotá**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	Calle 26 A sur # 12 D - 48 , Casa 5 Piso	**BARRIO**	San José Sur

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**	2016	**Instituto San Ignacio de Loyola**	SI	1/12/2016
TECNICO	**Auxiliar de Enfermeria**	2020	**FUSDESA**	SI	8/07/2020
TECNOLOGICO				SI	
PREGRADO	**Instrumentador Quirúrgico**	2025	**FUCS**	SI	17/12/2025
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 simbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Clínica Occidente			Av. de las Américas #71 C – 29	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	15/10/2025	29/11/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	**Florencia Plata**		**No. CONTACTO**	**3107860183**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Hospital Militar Central			Tv. 3C. 49 - 02	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	26/8/2025	11/10/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	**Florencia Plata**		**No. CONTACTO**	**3107860183**

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Clínica Occidente	Av. de las Américas #71 C – 29	APRENDIZAJE

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	FECHA DE RETIRO	MOTIVO DEL RETIRO
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	14/7/2025	23/8/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	Florencia Plata		No. CONTACTO	3107860183

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Clinica del Country		Cra. 16 #82-57	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	8/4/2025	17/5/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	Florencia Plata		No. CONTACTO	3107860183

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Hospital Cardiovascular de Cundinamarca		Cra. 4a Este #31 - 88	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	25/2/2025	5/4/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	Florencia Plata		No. CONTACTO	3107860183

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Centro Policlinico del Olaya		Cra 20 #23 – 23 sur	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	14/1/2025	22/2/2025	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	Florencia Plata		No. CONTACTO	3107860183

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Sociedad de Cirugia de Bogotá , Hospital de San José		Cra 20 #23 – 23 sur	APRENDIZAJE
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Estudiante de Instrumentación Quirúrgica	15/7/2024	30/11/2024	Fin de la pratica
JEFE O SUPERVISOR	Florencia Plata		No. CONTACTO	3107860183

NOMBRE DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
Fundación Abood Shaio		Dg. 115a #70C-75	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
	Auxiliar de Enfermería	17/2/2021	30/12/2021	Estudios
JEFE O SUPERVISOR	Maria Cilia Rincon		No. CONTACTO	3013410834

TIEMPO DE EXPERIENCIA	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS		
	AÑOS	MESES	DIAS
TOTAL	0	7	4,00

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
Cristian David Reyes Rangel	Compañero	Calle 26 A sur # 12 D - 48	3227783683

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	SI	FONDO DE PENSIONES	SI	PENSIONADO	NO	FONDO DE CESANTIAS
Compensar		Protección		N° RESOLUCIÓN	N°	¿Cual?

VIII. OTROS

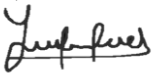
A. ¿HA TRABAJADO ANTERIORMENTE EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD?	NO	En caso de ser afirmativo indique: Cargo, Fecha de inicio y terminacion de contrato, Motivo del retiro.
B. ¿TIENE FAMILIARES TRABAJANDO EN INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGIA E INNOVACION 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: July Vanessa Ruiz Mendoza

FIRMA:



DOCUMENTO: C.C. 1013691016

GUARDAR