I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
BEJARANO	VELANDIA	DANIEL SEBASTIAN

SEXO	NACIONALIDAD	PAIS EXTRANJERO	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA NACIONALES
F:	COL: X DOBLE NAL: EXTRANJERO:		C.C.: X NIT: OTRO: NUMERO: 1022423634

LIBRETA MILITAR	NUMERO	D.M.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EXTRANJEROS
CLASE: 1ª: 2ª: X	1022423634	051	C.E.: NIT: NUMERO: PASAPORTE: NUMERO:

LUGAR DE NACIMIENTO – MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	29 DIA / 01 MES / 1997 AÑO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO	PAÍS	TELÉFONOS DE CONTACTO
TRANSVERSAL 53 # 1 B 26	BOGOTÁ D.C.	danielsbv.db@gmail.com	COLOMBIA	3102161274

II. FORMACION ACADEMICA

1. EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS DE 6º A 11º DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA									MEDIA	TITULO OBTENIDO:									
PRIMARIA					SECUNDARIA					ESTABLECIMIENTO DONDE CURSO EL ULTIMO AÑO	MUNICIPIO	FECHA DE TERMINACIÓN							
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º X	COLEGIO SALESIANO DE LEÓN XIII	BOGOTÁ D.C.	MES	1	1	AÑO	2	0	1	3

2. EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: "TC" (TÉCNICA), "TL" (TECNOLÓGICA), "TE" (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" ESPECIALIZACIÓN, "MG" (MAESTRÍA O MAGÍSTER), "DC" (DOCTORADO O PHD). RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (*SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALID ACADEM.	SEMEST APROBAD	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA	10	2019	

* EN CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MÓDULOS, CRÉDITOS O AÑOS, CONVIÉRTALOS EN SEMESTRES

3. OTROS ESTUDIOS

RELACIONE: CAP DEL SENA, DIPLOMADOS, CURSOS, ESTUDIOS DE EDUCACIÓN NO FORMAL, SIMPOSIOS, TALLERES Y DEMÁS ESTUDIOS QUE PUEDA CERTIFICAR

NOMBRE	ESTABLECIMIENTO	HORAS	AÑO
CRL LATAM SEMINAR: INTRODUCCIÓN A LA TECNOLOGÍA CELSIS® PARA ENSAYOS RÁPIDOS DE ESTERILIDAD Y BIOCARGA	CHARLES RIVER	1	2022
CRL LATAM SEMINAR: MEJORES PRÁCTICAS PARA UN ENSAYO ROBUSTO DE LAL PARA MÉTODOS: GEL-CLOT, CINÉTICO Y TECNOLOGÍA DE CARTUCHO	CHARLES RIVER	1	2022
MANEJO DEL EQUIPO COBAS C 311	QUINBERLAB S.A.	6	2020
MANEJO DEL EQUIPO COBAS C 501	QUINBERLAB S.A.	8	2020
MANEJO DEL EQUIPO COBAS E 411	QUINBERLAB S.A.	6	2020
MANEJO DEL EQUIPO COBAS U 411	QUINBERLAB S.A.	1	2020
MANEJO DEL EQUIPO XN 10	QUINBERLAB S.A.	5	2020
MANEJO DEL EQUIPO XN 550	QUINBERLAB S.A.	5	2020
CURSO BÁSICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	40	2020
TALLER DE CITOGENÉTICA ONCOHEMATOLÓGICA Y X REUNIÓN NACIONAL ANUAL DEL PROGRAMA DE EVALUACIÓN EXTERNA DEL DESEMPEÑO EN CITOGENÉTICA CLINICA EEDDCARIO	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	8	2019
CURSO ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE	BIORAD LABORATORIES	2	2019
DIPLOMADO EN BANCO DE SANGRE, MEDICINA TRANSFUSIONAL Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA	120	2019
CURSO SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO – MANEJO DE PRODUCTOS QUIMICOS	SIEMENS HEALTHINEERS	2	2018

III. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES, LOGROS E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y/O LOGROS LABORALES

2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
INGLÉS		X			X			X		

IV. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:
A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL O ULTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO.
B) PARA DEDICACIÓN: TC= TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRA DEDICACIÓN (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)
C) PARA C.R.(CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS

01	TERMINACIÓN DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO	05	CESE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DÍAS	09	REVOCATORIA O NULIDAD DE NOMBRAMIENTO
02	JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA	06	ABANDONO DEL CARGO	10	JUBILACIÓN O PENSIÓN DE INVALIDEZ
03	JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE	07	DECISIÓN UNILATERAL O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA	11	RENUNCIA VOLUNTARIA
04	CLAUSURA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESIÓN DEL CARGO	08	SENTENCIA EJECUTORIA	12	POR MUTUO ACUERDO

V. EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA BIOTECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD	X 1	 2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	CRA. 32 #12 - 81, PUENTE ARANDA, BOGOTÁ, CUNDINAMARCA

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA TERMINACIÓN			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	06 DIA	04 MES	2022 AÑO	11 DIA	12 MES	2022 AÑOS	TC [X] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	
3649620								

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA
INVESTIGADOR	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS

VI. EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.	X 1	 2	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	AV. 1 DE MAYO # 40B-54 BOGOTÁ HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	TC [x] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	
3118421081	20	03	2020	30	06	2021	1	3	10		

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.
BACTERIÓLOGO	LABORATORIO CLÍNICO	11

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	TC [ ] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	TC [ ] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	TC [ ] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
	1	2	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS	TC [ ] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R.

VII. EXPERIENCIA RELACIONADA CON LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL CON RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL IDCBIS, EN NUMEROS DE AÑOS, MESES Y DÍAS, QUE RESULTA DE SUMAR LAS VINCULACIONES LABORALES EN EL SECTOR PUBLICO, PRIVADO O COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE, Y/O POR LA MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA CON LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS			VINCULADO	
	AÑOS	MESES	DIAS	SI	NO
FUNCIONARIO PUBLICO					
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA					
CONTRATISTA OPS	1	11	15	X	
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	1	11	15		

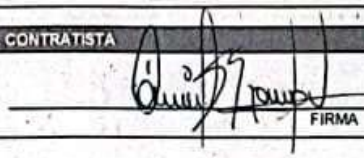
VIII. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

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

OBSERVACIONES _____

IX. FIRMA DEL CONTRATISTA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES



FIRMA

06.12.2022 Bogotá D.C.

OTA. FORMATO REFERENCIADO DE LA FUNCIÓN PUBLICA Y MODIFICADO SEGUN NECESIDADES DEL IDCBIS