IDCBIS Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	INSTITUTO DISTRITAL DE CIENCIA, BIOTECNOLOGIA E INNOVACION EN SALUD GRUPO DE GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN HOJA DE VIDA CONTRATISTAS	**CÓDIGO:** IDCBIS-GGCC-FT-005 **Versión**: 02

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

I. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: BEJARANO	SEGUNDO APELLIDO: VELANDIA	NOMBRES: 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 DC.	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				MES	1	1	AÑO	2	0	1	3
										X		COLEGIO SALESIANO DE LEÓN XIII	BOGOTÁ D.C.								

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	NOMBRE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TERMINACIÓN					No. TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO			MES	AÑO				
UN	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA	10	2	0	1	9	

* 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
PHARMA DAY	QUIMICONTROL	8	2023
CURSO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS - E6 (REVISIÓN 2)	AVANZAR	8	2022
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	PAÍS
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"
	03 DIA	04 MES	2023 AÑO	31 DIA	07 MES	2023 AÑOS	TC [X] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	N/A
3649620								

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA
INVESTIGADOR	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS

VI. EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
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 DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
3649620	01	03	2023	31	03	2023	0	1	0	TC [x] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	N/A
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R
INVESTIGADOR	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS	01

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
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 DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
3649620	12	12	2022	28	02	2023	0	2	16	TC [x] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	N/A
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R
INVESTIGADOR	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS	01

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
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 DE RETIRO			TIEMPO DE SERVICIO			DEDICACIÓN	ESPECIFIQUE "OD"
3649620	06	04	2022	11	12	2022	0	8	5	TC [X] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	N/A
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		

CARGO DESEMPEÑADO O CONTRATO	DEPENDENCIA	C.R
INVESTIGADOR	UNIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS	01

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
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"
3118421081	20	03	2020	30	06	2021	1	3	10	TC [X] MT [ ] TP [ ] OD [ ]	N/A
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	AÑOS	MESES	DÍAS		

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

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
	 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 NÚMEROS 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	2	7	4	X	
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	2	7	4		

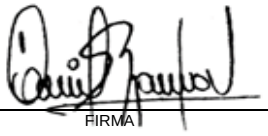
VIII. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

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

OTA: FORMATO REFERENCIADO DE LA FUNCIÓN PUBLICA Y MODIFICADO SEGÚN NECESIDADES DEL IDCBIS