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	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	8	3	2026	CIUDAD	Bogotá	DEPARTAMENTO	Cundinamarca

I. INFORMACION PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Cristian	**Andres**	**Kassner**	**Velasquez**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**No. IDENTIFICACIÓN**	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**CORREO ELECTRONICO**
C.C.	1023911479	Bogotá	andresvg1103@gmail.com
FECHA DE NACIMIENTO	**LUGAR DE NACIMIENTO**	**PROFESIÓN U OFICIO**	**TARJETA PROFESIONAL No.**
11/03/1990	**Bogotá**	**Ingeniero Biomedico**	**091030-0777647**
LIBRETA MILIAR	**No. LIBRETA MILITAR**	**SEXO**	**TELEFONO CELULAR**
NA	**NA**	MASCULINO	**3102125087**
ESTADO CIVIL	**No. PERSONAS A CARGO**	**NACIONALIDAD**	**CIUDAD DE RESIDENCIA**
CASADO	**0**	Colombiana	**Bogotá**
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CRA 87B 8A 38	**BARRIO**	NUEVA CASTILLA

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				NO	
SECUNDARIA	**Bachiller**	11	**LA CONCORDIA**	SI	02 de julio de 2010
TECNICO				NO	
TECNOLOGICO	**Tecnólogo en electromedicina**	6	**Universidad ECCI**	SI	30 de marzo de 2017
PREGRADO	**Ingeniero Biomedico**	10	**Universidad ECCI**	SI	02 de octubre de 2020
POSTGRADO				NO	
MAESTRIA				NO	
DOCTORADO				NO	

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 símbolo +)

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
IDBIS			Carrera 32 No. 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**
601- 3649620	Ingeniero Biomédico	19/5/2025	4/3/2026	
JEFE O SUPERVISOR	**Sandra Patricia Gomez Rubio**		**No. CONTACTO**	**311 8261282**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
STORK MEDICAL			Cl. 55 #10-72	FIJO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
3132447836	Ingeniero Biomédico	1/6/2024	13/5/2025	RETIRO VOLUNTARIO POR CRECIMIENTO PERSONAL
JEFE O SUPERVISOR	**JUAN SEBASTIAN TORRENTE PEÑA**		**No. CONTACTO**	**3132447836**

NOMBRE DE LA EMPRESA			DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO
CLINICA EUSALUD DE MANDALAY			Cra. 78 #3a-40	INDEFINIDO
TELEFONO	**CARGO O PERFIL CONTRACTUAL**	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	**MOTIVO DEL RETIRO**
6014320872	Auxiliar Biomédico	25/4/2020	16/12/2022	Traslado de ciudad
JEFE O SUPERVISOR	**Cristian Rico Roldan**		**No. CONTACTO**	6014320872

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	TIPO DE CONTRATO

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**
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	**4**	**4**	**23,00**

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**
JESSICA CAROLINA IBAÑEZ GUTIERREZ	CONYUGE	CALLE 8A BIS A 80-63	3007021502

VII. INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD(EPS)	**SI**	**FONDO DE PENSIONES**	**SI**	**PENSIONADO**	**NO**	**FONDO DE CESANTIAS**
SURA		PORVENIR		**N° RESOLUCIÓN**	N°	PORVENIR

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: Cristian Andres Kassner Velasquez

FIRMA:

DOCUMENTO: C.C. 1023911479

GUARDAR