|  |
| --- |
| **Datos Generales**  |
| Nombre  |  |
| Cédula  |   |
| Fecha de Nacimiento  |  |
| Dirección Profesional  |  |
| Teléfono de Oficina  |  |
| Celular  |  |
| Correo electrónico  |  |

|  |
| --- |
| **Información Profesional**  |
| **Cargo Actual**  |
|  |
| **Experiencia Laboral (Agregar filas según sea necesario)**  |
|   |
|   |
|   |
| **Formación Académica (Títulos Universitarios)** |
|   |
|   |
|   |
| **Formación en Bioética y Buenas Prácticas Clínicas (Si aplica)** |
|   |
|   |
| **Participación en Comités y Comisiones**  |

|  |
| --- |
|   |
|   |
| **Publicaciones Relevantes (Si Aplica, no más de diez)**  |
|   |
|   |
|   |
|   |
| **Actividad Docente (Si Aplica)**  |
|   |
|   |
|   |

***Por este medio certifico que soy responsable por la información reportada, la cual es fiel y verdadera.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre**  |   |
| **Firma**  |   | **Fecha**  |   |