|  |
| --- |
| **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**  |
|  |
|  |
| **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** |  |