|  |
| --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÉDULA DE CIUDADANÍA** | | | **TARJETA PROFESIONAL** |
|  | de |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIRECCIÓN** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
| Fundación Valle del Lili, Carrera 98 No. 18 – 49, Cali - Colombia |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TELÉFONO** | **CELULAR** | **FAX** |
| (57) (2) 331 9090 Ext. 4022 | (57) | (57) ( 2) 333 66 95 |

|  |
| --- |
| **FORMACIÓN ACADÉMICA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **TÍTULO OBTENIDO** | **AÑO DE GRADUACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **CURSOS Y ENTRENAMIENTOS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **NOMBRE DEL CURSO O ENTRENAMIENTO** | **AÑO DE FINALIZACIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **PUBLICACIONES** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÍTULO** | **REFERENCIA COMPLETA** | **FECHA** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA PROFESIONAL** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARGO** | **INSTITUCIÓN**  (Nombre de la institución, cuidad, país) | **FECHAS**  (Desde - hasta) |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON MEDICAMENTOS O DISPOSITIVOS** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TEMA** | **MOLÉCULA /**  **DISPOSITIVO** | **FASE** | **FUNCIÓN** | **FECHAS**  (Desde - hasta) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PARTICIPACIÓN EN OTROS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TEMA** | **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** | **FUNCIÓN** | **FECHAS**  (desde - hasta) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA** |  | **FECHA** (dd-mmm-aaaa) |