**1. Nombre**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Apellidos: |

**2. Datos Personales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Correo Electrónico | Número de Contacto | Documento de identificación |

**3. Educación**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Universidad / Institución educativa | Grado Obtenido |
| Ciudad y País | Año de graduación |
| Nombre de la Universidad / Institución educativa | Grado Obtenido |
| Ciudad y País | Año de graduación |

**4. Número de Tarjeta Profesional o Resolución**

|  |
| --- |
|  |

**5. Entrenamientos / Cursos / Diplomados**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | |
| Nombre de la Universidad / Institución educativa | Horas |
| Ciudad y País | Fecha de finalización (dd-mm-aaaa) |

**6. Posición Actual con dirección completa donde trabaja**

|  |  |
| --- | --- |
| Posición | Dirección (Ciudad, País) |
| Nombre Completo de la Organización | Fecha de inicio (dd-mm-aaaa) |

**7. Trabajos anteriores**

|  |  |
| --- | --- |
| Posición | Fechas (inicial/final) |
| Instituto/Organización | Ciudad y País |
| Posición | Fechas (inicial/final) |
| Instituto/Organización | Ciudad y País |

**8. Experiencia en Investigación Clínica**

|  |
| --- |
| **Protocolo:**  **Título:**  **Patrocinador:**  **Fecha inicio del estudio:**  **Fecha fin del estudio:**  **Rol desempeñado en el estudio:**  **Año inicio:**  **Año final:** |

**9. Publicaciones**

|  |
| --- |
|  |

**10. Asociaciones a las que pertenece**

|  |
| --- |
|  |

**11. Entrenamiento en Buenas Prácticas Clínicas**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** | **Fecha:** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instructivo para el diligenciamiento del formato de hoja de vida para investigación en español** | | |
| **Variable** | **Persona que diligencia el campo** | **Instrucciones de diligenciamiento** |
| **1. Nombre** | Asistente Clínico | Registre nombres y apellidos completos |
| **2. Datos personales** | Asistente Clínico | Registre el correo electrónico, número de contacto y número de documento de identidad. |
| **3. Educación** | Asistente Clínico | Registre el nombre de institución educativa, Nombre de título obtenido, ciudad, país y año de graduación, Tener en cuenta que se debe realizar en orden cronológico iniciando con el más antiguo |
| **4. Número de Tarjeta Profesional o Resolución** | Asistente Clínico | Registre el número de la tarjeta profesional |
| **5. Entrenamientos / Cursos / Diplomados** | Asistente Clínico | Registre el nombre del curso, Nombre de institución educativa, intensidad horaria, ciudad, país y fecha de finalización del curso) |
| **6. Posición Actual con dirección completa donde trabaja** | Asistente Clínico | Registre información actualizada de posición o nombre del cargo que desempeña, dirección, ciudad, país, nombre de la institución y fecha de ingreso. |
| **7. Trabajos anteriores** | Asistente Clínico | Registre información actualizada del nombre del cargo o la posición que desempeña, fecha de ingreso y de finalización de la labor, nombre de la institución, ciudad, país. |
| **8. Experiencia en Investigación Clínica** | Asistente Clínico | Registre el nombre del protocolo, título del protocolo, nombre del patrocinador, fecha de inicio y fin del estudio, rol desempeñado en el estudio, fecha de inicio y fin del rol en el estudio. En caso de no tener experiencia escribir “no aplica” en cada uno de los requerimientos. |
| **9. Publicaciones** | Asistente Clínico | Registre las publicaciones realizadas, identificadas con viñetas. En caso de no tener escribir ninguna. |
| **10. Asociaciones a las que pertenece** | Asistente Clínico | Registre el nombre de las asociaciones a las que pertenece, identificadas con viñetas. En caso de no tener escribir ninguna. |
| **11. Entrenamiento en Buenas Prácticas Clínicas** | Asistente Clínico | Registre el nombre del curso de buenas prácticas completo, tal como sale el certificado entregado, con intensidad horaria y fecha. |
| **12. Firma y fecha** | Titular del documento | Firma del titular del documento y fecha actual de la firma |