**HOJA DE DATOS DE LOS AUTORES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres | | Primer apellido | | Segundo apellido |
|  | |  | |  |
| Fecha y lugar de nacimiento | | Departamento (País para no colombianos) | | Municipio/Ciudad |
| Fecha |  |  | |  |
| Lugar |  |
| Documento de identificación | | | | Sexo |
| Tipo de documento | |  | |  |
| Número | |  | |
| Lugar de expedición | |  | |
| Teléfono de contacto | | | Correo institucional | |
|  | | |  | |
| Correo personal | | | Número ORCID | |
|  | | |  | |
| Author Scopus ID (si aplica) | | | Perfil Google Scholar | |
|  | | |  | |
| Perfil Researchgate (si aplica) | | | Perfil CvLAC  (aplica para autores colombianos) | |
|  | | |  | |
| Forma usual de referenciar al autor en los artículos académicos | | | | |
|  | | | | |

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

(Título académico más alto obtenido)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Título | Ciudad – País | Finalización | |
| **Año** | Mes |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| publicaciones de artículos, libros y capítulos de libro en los últimos tres años (información bibliográfica completa e incluir enlace si aplica). |
|  |

**FILIACIÓN INSTITUCIONAL ACTUAL**

(Por favor proporcione información relativa a su asociación institucional solo a los últimos cinco años. En caso de no tener filiación actual, indicar la fecha de finalización de su última filiación institucional). Se entiende por filiación(es) institucional(es) como la(s) entidad(es) que respalda(n) y que reconoce(n) el trabajo de investigación del autor en virtud de los beneficios otorgados por ser trabajador o estudiante de la institución. Si desea añadir información relevante sobre cargos con otras instituciones, pertenencia a grupos de investigación anéxelos debajo de la filiación institucional actual.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución | Cargo | Desde | | Hasta | |
| **Año** | **Mes** | **Año** | **Mes** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Certifico que la información suministrada en este documento es cierta y autorizo a la *Revista Médicas UIS* para verificarla y consultarla. La comprobación de falsedad o tergiversación de los datos suministrados invalida la participación en la revista. | |
| Firma  (electrónica manuscrita o manuscrita) |  |
| Nombre completo y número de identificación |  |