|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **FOTO** |
| **HOJA DE VIDA ESTUDIANTES**  **DATOS PERSONALES** | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** |  | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** |  | |
| **LUGAR DE EXPEDICIÓN** |  | |
| **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO** |  | |
| **DIRECCIÓN Y BARRIO** |  | |
| **TELÉFONO FIJO** |  | |
| **CELULAR** |  | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA:** |  | |
| **CÓDIGO DE ESTUDIANTE:** |  | |
| **EPS** |  | |
| **ARL** |  | |
| **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL** |  | |
| **ESTUDIOS DE PREGRADO** |  | |
| **CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** | **Nombre:** | |
| **Celular:** | |
| **SITIO DE PRÁCTICA** | **DEDICACIÓN EN HORAS EN EL SITIO DE PRÁCTICA** | |
|  |  | |
| **DOCUMENTOS ANEXOS** | Documento de identidad | |
| Carné de estudiante | |
| Certificado de afiliación EPS y ARL vigente | |
| Póliza de Responsabilidad Civil | |
| Soportes del esquema de vacunación completo que incluya:   * Hepatitis B (esquema completo con 3 dosis). * Toxoide Tetánico (3 dosis hombres y mujeres mínimo 4). * Influenza (anual). * Copia Carné COVID-19. * Fiebre Amarilla. * Sarampión-Rubeola o en su defecto la Triple Viral (SRP). * Varicela (esquema completo con 2 dosis los que no han padecido la enfermedad). * Títulos de anticuerpos Hepatitis B (vigente inferior a 1 año). * Títulos de anticuerpos de Varicela. | |

|  |
| --- |
| **CÉDULA (por las dos caras)** |
|  |
| **CARNÉ DE ESTUDIANTE (por las dos caras)** |
|  |

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO AFILIACIÓN EPS** |
|  |
| **CERTIFICADO AFILIACIÓN ARL** |
|  |

|  |
| --- |
| **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL** |
|  |
| **COPIA CARNÉ COVID-19** |
|  |

|  |
| --- |
| **SOPORTES DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN** |
|  |