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