

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD****1. DATOS PERSONALES**

<b>Nombre y apellidos:</b>	Kamila Geraldinne Varón Rincón
<b>N° de cédula:</b>	1110578322
<b>Fecha de nacimiento:</b>	28/07/1996
<b>Dirección de residencia:</b>	Carrera 27 A # 37 Sur 07
<b>Teléfono fijo:</b>	5988974
<b>Teléfono Celular:</b>	3137125477
<b>E-mail personal:</b>	<a href="mailto:kamilavrincon@gmail.com">kamilavrincon@gmail.com</a>
<b>E-mail institucional:</b>	<a href="mailto:kamila.varon@upb.edu.co">kamila.varon@upb.edu.co</a>
<b>ARL</b>	Sura
<b>EPS</b>	Sura

**2. EXPERIENCIA LABORAL**

<b>Trabaja actualmente:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Si su respuesta es afirmativa diligencie los siguientes campos:

<b>Cargo desempeñado:</b>	
<b>Nombre de la Institución:</b>	

**3. INFORMACIÓN PRÁCTICA ACADÉMICA**

<b>Programa:</b>	<b>MEDICINA</b>
<b>Semestre que cursa actualmente:</b>	<b>IX</b>

**4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

VACUNA	DOSIS	FECHA
Hepatitis B	1	7/01/1996
	2	10/1/1996
	3	3/18/1997
Tétano y Difteria	1	1070171996
	2	12/02/1996
	3	2/14/1997
	4	1/24/1998
	5	8/14/2001
Sarampión y Rubeola	1	3/26/2012
Varicela	1	No Requiere
Tosferina (DPT o ADACEL)	1	2/14/1997
Influenza	1	12/1072018
Fiebre Amarilla	1	12/10/2015
Neumococo	1	11/17/2016

ANTICUERPOS	RESULTADO DE LA TITULACIÓN:	FECHA DE TITULACIÓN:
Hepatitis B	163,62	11/15/2016
Varicela	1,64	11/15/2016

**5. CONTACTOS EN LA UPB**

CARGO DESEMPEÑADO:	TELÉFONO:	CORREO:
Coordinadora de Convenios	4488388 EXT .19311	Ines.david@upb.edu.co
Coordinadora de prácticas de Enfermería	4488388 EXT.19343	Adrianap.diaz@upb.edu.co
Coordinador de prácticas de Medicina	4488388 EXT 19312	Frank.duque@upb.edu.co- gabriel.guarin@upb.edu.co

**FIRMA:**


