

HOJA DE VIDA DEL ESTUDIANTE -PROGRAMAS DEL ÁREA DE LA SALUD-

Código: FD051-2 Versión: 2 Fecha: Mayo 2018

| | | | | , | | |
|---|-----|-----|-------------|----|------|-------|
| T | TNF | ORM | ΔCT | OΝ | PFRS | CONAL |

| Número de ide | Número de identificación: 1007325226 | | ID del estudiante | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| | Escriba todos los número | os, sin puntos ni comas | | | | | | | |
| Tipo: | C.C CT.I C Cédula extra | injería | | | | | | | |
| Apellido 1: | Lozano | _ Apellido 2: | De La Rosa | | | | | | |
| Nombres: | Laura Lucía | | | | | | | | |
| Teléfono de contacto: | 3186899376 | Dirección: | Calle 19 #43G-155, Apto.1620, Torres del río | | | | | | |
| Municipio: | Medellín | _ Departamento: | Antioquia | | | | | | |
| Estado civil: Grupo sanguín Estrato: | 4 | Correo electrónico RH: | lauloz2000@hc laura.lozanodel + | otmail.com — ar@campusucc.edu.co | | | | | |
| Fecha de nacimiento: 28/09/2000 II.NIVEL DE FORMACIÓN | | | | | | | | | |
| Programa Académico | | | | | | | | | |
| III.ANEXOS | | - | | | | | | | |
| | ✓ Documento de Identificación ✓ Certificado de afiliación a SGSSS | | | | | | | | |
| Certificado de | Certificado de vacunación o titulación vacunas: | | | | | | | | |
| ▼ Hepatitis A | ✓ Hepatitis B * | ✓ Influe | enza 🔽 Vario | ela : | | | | | |
| ▼ Tosferina (P | ▼ Tosferina (Pertusis) ▼ Triple viral (Parotiditis, Rubeola y Sarampión) | | | | | | | | |
| *Son vacunas que requieren de Titulación | | | | | | | | | |
| Otras vacunas o certificados que aplique según normatividad | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |