



### 1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:	Manuel Alejandro Chica Gutierrez
N° de cédula:	1037658449
Fecha de nacimiento:	20/09/1997
Dirección de residencia:	Cll 36 D sur #27 D 166
Teléfono fijo:	3315231
Teléfono Celular:	3173748249
E-mail personal:	manuelalejochica@gmail.com
E-mail institucional:	manuel.chica@upb.edu.co
ARL	SURA
EPS	SURA

### 2. EXPERIENCIA LABORAL

Trabaja actualmente:	SI		NO	x
----------------------	----	--	----	---

Si su respuesta es afirmativa diligencie los siguientes campos:

Cargo desempeñado:	
Nombre de la Institución:	

### 3. INFORMACIÓN PRÁCTICA ACADÉMICA



Programa:	MEDICINA
Semestre que cursa actualmente:	Internado menor

#### 4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	DOSIS	FECHA
Hepatitis B	1	20/11/2015
	2	20/12/2015
	3	08/06/2017
Tétano y Difteria	1	21/11/1997
	2	28/01/1998
	3	07/04/1998
	4	11/04/1999
	5	08/11/2002
Sarampión y Rubeola	1	10/01/2008
Varicela	1	11/04/1999
Tosferina (DPT o ADACEL)	1	21/11/1997
Influenza	1	22/11/2019
Fiebre Amarilla	1	24/07/2003
Neumococo	1	03/04/2004



ANTICUERPOS	RESULTADO DE LA TITULACIÓN:	FECHA DE TITULACIÓN:
Varicela	1114 MUI/ml	17/10/2015
Hepatitis B	Menos de 2,00 MUI/ml	17/10/2015

**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	Misael.cadavid@upb.edu.co

FIRMA: