

**HOJA INFORMATIVA  
SUPERVISORES DE EXPERIENCIAS CLINICAS EDUCATIVAS**

1. Nombre \_\_\_\_\_
2. Dirección Residencial \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal \_\_\_\_\_
4. Correo Electrónico \_\_\_\_\_
5. Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Ext. RUM \_\_\_\_\_
6. Número de Seguro Social \_\_\_\_\_
7. Grados académicos alcanzados
  - a. Maestría \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Universidad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
  - b. Doctorado \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Universidad \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
8. Facultad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_
9. Años experiencia RUM \_\_\_\_\_ Años experiencia PPM \_\_\_\_\_ Años experiencia DEPR \_\_\_\_\_
10. Rango \_\_\_\_\_ 11. Permanente en RUM \_\_\_\_\_
12. Asociaciones Profesionales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Curso(s) que enseña en el RUM \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_