

**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 _____
