



HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

I. Información personal

Primer apellido: Monsalve	Segundo apellido: Gil		
Nombre completo: Darwin stiven	Sexo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
Documento de identificación: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número: 1017237974	Municipio de expedición: Bello	Departamento de expedición: Antioquia



Fecha de nacimiento, solo para CE y Pasaporte	Día: dd.	Mes: mm.	Año: aaaa	País de expedición: País.	Libreta militar: 1ª. Clase <input type="checkbox"/> 2ª. Clase <input type="checkbox"/>	Número: Número.	DM
Lugar o municipio de nacimiento: Bello	Departamento: Antioquia	País: Colombia	Fecha de nacimiento: 26	Día: 06	Año: 1996		
Nacionalidad – País 1: Colombiano	Nacionalidad –País 2: Nacionalidad.						
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.): CRA65A#73-361				Número de teléfono fijo y celular: 3218540765			
Municipio de residencia: Bello	Correo electrónico (e-mail): Dstiven.monsalve@udea.edu.co						

Hijos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Número: Número.	Estado Civil: Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>
--	---------------------------	---

II. Perfil profesional en formación – consultar programa académico haciendo clic [AQUÍ](#)

Profesional autónomo, reflexivo, crítico, creativo y capaz de solucionar problemas, con una formación científica, investigativa, técnica, y humanística. Con competencias en planeación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y dirección de los procesos de instrumentación quirúrgica; veedor de las normas universales de asepsia, desinfección, esterilización y bioseguridad; con manejo de alta tecnología, administración de quirófanos y centrales de esterilización y con un gran compromiso para la interacción con el equipo de salud en la toma de decisiones, con el propósito de mejorar las condiciones de vida del paciente que requiere tratamiento quirúrgico.

III. Formación académica

1. Educación superior universitaria

Semestre (marque una "X" matriculado a la fecha): 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input checked="" type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º <input type="checkbox"/> 7º <input type="checkbox"/> 8º <input type="checkbox"/> 9º <input type="checkbox"/> 10º <input type="checkbox"/> 11º <input type="checkbox"/> 12º <input type="checkbox"/> 13º <input type="checkbox"/>	Facultad/ Escuela / Instituto: Facultad de medicina
Programa Académico: Instrumentación quirúrgica	Código Programa Académico: 810

2. Educación técnica, tecnológica o tecnológica especializada

Modalidad académica:	Semestres aprobados:	Institución Educativa donde cursó y aprobó el grado señalado:
----------------------	----------------------	---

Técnica <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Tecnológica especializada <input type="checkbox"/>	3		Institución técnica unidos por Antioquia	
Fecha de Terminación	Mes: 12	Año: 2014	Graduado: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Título obtenido (o nombre del estudio): Cuidado asistencial del adulto mayor
Número de tarjeta profesional: Número.				
3. Educación Continua (Relacione: diplomados, cursos)				
Nombre del evento de educación continua		Institución Educativa donde lo realizó		Duración (h)
Cuidado asistencial del adulto mayor		Institución técnica unidos por Antioquia		240
Nombre del curso o diplomado.		Nombre Institución Educativa.		Año.
IV. Logros, reconocimientos laborales y/o académicos o publicaciones (Relacione información que pueda certificar)				
1.	Escriba logros reconocimiento que pueda certificar.			
2.	Escriba logros reconocimiento que pueda certificar.			
3.				
4.				
V. Idiomas (Marque con un "X" el nivel R: regular; B: bien; MB: muy bien)				
Lengua:	Lo Lee:	Lo escribe:	Lo habla:	Observaciones:
Elija un elemento.	Elija un elemento.	Elija un elemento.	Elija un elemento.	
Elija un elemento.	Elija un elemento.	Elija un elemento.	Elija un elemento.	
VI. Experiencia laboral (diligenciada en estricto orden cronológico, iniciando con su último empleo o servicio prestado)				
Para el diligenciamiento de la CAUSA DE RETIRO tener como referencia los siguientes códigos:				
01. Terminación de la obra; plazo del contrato; o vencimiento del período.		07. Decisión unilateral o declaración de insubsistencia.		
02. Justa causa por parte del empleado o incumplimiento del contratista.		08. Sentencia ejecutoria.		
03. Justa causa por parte del trabajador o incumplimiento del contratante.		09. Revocatoria o nulidad del nombramiento.		
04. Clausura definitiva del establecimiento o supresión del cargo.		10. Jubilación o pensión por invalidez.		
05. Cese de actividades del empleador por más de 120 días.		11. Renuncia voluntaria.		
06. Abandono del cargo.		12. Por mutuo acuerdo.		
A. Empresa:			Sector:	Número de teléfono:
			Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Municipio	Departamento	País
Fecha de ingreso	Día: Mes: Año:	Fecha de retiro	Día: Mes: Año:	Tiempo de dedicación: Completo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Carga desempeñado; contrato o actividad desarrollada:				Causa de retiro:
B. Empresa:			Sector:	Número de teléfono:
			Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Municipio	Departamento	País
Día: Mes: Año:	Día: Mes: Año:			Tiempo de dedicación:

Fecha de ingreso				Fecha de retiro			Tiempo de servicio		Completo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Cargo desempeñado; contrato o actividad desarrollada:								Causa de retiro:	
C. Empresa:						Sector:		Número de teléfono:	
						Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>			
Dirección:			Municipio		Departamento		País		
Fecha de ingreso	Día:	Mes:	Año:	Fecha de retiro	Día:	Mes:	Año:	Tiempo de servicio	Tiempo de dedicación: Completo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Cargo desempeñado; contrato o actividad desarrollada:								Causa de retiro:	
VII. Actividades particulares (Relaciones actividades que haya o esté desarrollando que acumulen semanas de servicio que pueda certificar como monitor o auxiliar administrativo u otros)									
Clase de actividad		Empresa o Entidad				Sector		Tiempo de servicio	
						Público	Privado	No. Años	No. Meses
VIII. Conocimientos, destrezas o habilidades (Detallar destrezas y competencias personales, incluir habilidades que sean relevantes para el escenario de práctica, Ejemplo: trabajo en equipo, comunicación interpersonal, liderazgo, habilidades técnicas, etc.)									
Soy una persona con la capacidad de trabajar en equipo, una persona sociable que posee la capacidad suficiente para realizar las actividades necesarias para lograr un objetivo. Me gusta el trabajo en equipo, me desempeño fácilmente cuando trabajo en equipo, soy colaborativo y dispuesto hacer mi trabajo lo mejor posible.									
Prácticas Académicas Unidad Académica									
Nombre Coordinador de Prácticas Académicas del Programa Académico:									
Número de teléfono fijo y celular:					Correo electrónico (e-mail):				
- Para todos los efectos legales, certificó que todos los datos, por mí, registrados en este formato único de hoja de vida son veraces. - Declaro bajo gravedad de juramento, que se entiende por prestado con mi firma, que no tengo ninguna inhabilidad o incompatibilidad de orden constitucional o legal para contratar o laborar con entidades públicas o privadas.									

Darwin Stiven Monsalve Gil

Firma y número de identificación

Medellín 19/03/2018

Ciudad y fecha