



# HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA



## I. Información personal

Primer apellido:		Segundo apellido:	
Carvajal		Pareja	
Nombre completo:		Sexo:	
Melissa María		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Documento de identificación:	Número:	Municipio de expedición:	Departamento de expedición:
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	1.152.464.663	Medellín	Antioquia
Fecha de vencimiento, solo para CE y Pasaporte	Día: dd.	Mes: mm.	Año: aaaa
			País: País.
Lugar o municipio de nacimiento:	Departamento:	País:	Libreta militar:
Medellín	Antioquia	Colombia	1ª. Clase <input type="checkbox"/> 2ª. Clase <input type="checkbox"/>
Nacionalidad – País 1:	Nacionalidad –País 2:	Número: DM	
Colombiana	Nacionalidad.	Número.	
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.):		Fecha de nacimiento:	
Calle 6 sur #43 A 214 - Poblado, Edificio Rincón de Ontaneda.		13 12 1997	
Municipio de residencia:		Número de teléfono fijo y celular:	
Medellín		2688508 - 3138868385	
Correo electrónico (e-mail):		Nacionalidad.	
melissa.carvajal@udea.edu.co			
Hijos:	Número	Estado Civil:	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Número.	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](#)

La comunidad universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia aspira a formar excelentes médicos generales que:

- Sean profesionales íntegros en el ser y en el hacer, autónomos, reflexivos, críticos, que sepan escuchar, cuestionar y disfrutar.
- Muestren capacidad de trabajar en forma interdisciplinaria para intervenir en el proceso salud/enfermedad en el ser humano desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de actuar como agentes de cambio para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- Propendan a las relaciones democráticas y éticas con las personas y con la sociedad.

## III. Formación académica

### 1. Educación superior universitaria

Semestre (marque una "X" matriculado a la fecha):	Facultad/ Escuela / Instituto:
1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input checked="" type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 13° <input type="checkbox"/>	Facultad de Medicina
Programa Académico:	Código Programa Académico:
Medicina	804

### 2. Educación técnica, tecnológica o tecnológica especializada

Modalidad académica:	Semestres aprobados:	Institución Educativa donde cursó y aprobó el grado señalado:
Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Tecnológica especializada <input type="checkbox"/>	Número.	Nombre Institución Educativa.

Fecha de Terminación	Mes: mm.	Año: aaaa	Graduado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Título obtenido (o nombre del estudio): Nombre del título.	Número de tarjeta profesional: Número.
----------------------	----------	-----------	---	---	---

3. Educación Continua (Relacione: diplomados, cursos )			
Nombre del evento de educación continua	Institución Educativa donde lo realizó	Duración (h)	Año
Nombre del curso o diplomado.	Nombre Institución Educativa.	Horas.	Año.
Nombre del curso o diplomado.	Nombre Institución Educativa.	Horas.	Año.

IV. Logros, reconocimientos laborales y/o académicos o publicaciones (Relacione información que pueda certificar)	
1.	Back to basics: Could the preoperative skin antiseptic agent help prevent biofilm-related capsular contracture?. Aesthetic Surgery Journal (2016).
2.	
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:
Inglés	Muy bien	Muy bien	Muy bien	TOEFL iBT 110 (Oct/18)
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:	
1. Terminación de la obra; plazo del contrato; o vencimiento del período.	7. Decisión unilateral o declaración de insubsistencia.
2. Justa causa por parte del empleado o incumplimiento del contratista.	8. Sentencia ejecutoria.
3. Justa causa por parte del trabajador o incumplimiento del contratante.	9. Revocatoria o nulidad del nombramiento.
4. Clausura definitiva del establecimiento o supresión del cargo.	10. Jubilación o pensión por invalidez.
5. Cese de actividades del empleador por más de 120 días.	11. Renuncia voluntaria.
6. 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 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:	
B. 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:	
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:
<b>VII. Actividades particulares</b> (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					
<b>VIII. Conocimientos, destrezas o habilidades</b> (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.)										
Respetuosa, diligente y con excelente disposición para cumplir las responsabilidades que se le asignen; que maneja el tiempo y los recursos de la manera más pertinente, con facilidad para trabajar en equipo y amplia capacidad propositiva, con expresión oral y escrita fluida en inglés y español; y excelentes relaciones interpersonales.										
<b>Prácticas Académicas Unidad Académica</b>										
Nombre Coordinador de Prácticas Académicas del Programa Académico: <b>Laura Cristina Perez Arango</b>										
Número de teléfono fijo y celular: <b>2196083</b>					Correo electrónico (e-mail): <b>practicasmedicina@udea.edu.co</b>					
- Para todos los efectos legales, certifié 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.										

Melissa Carrizosa

Firma y número de identificación

Medellín, 26 de enero de 2020

Ciudad y fecha