



HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

I. Información personal

Primer apellido:		Segundo apellido:	
Martinez		Agredo	
Nombre completo:		Sexo:	
Angie Vanessa		Masculino <input checked="" 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"/>	1061789013	Popayán	Cauca
Fecha de vencimiento, solo para CE y Pasaporte	Día: dd.	Mes: mm.	Año: aaaa
			País: País.
Lugar o municipio de nacimiento:		Departamento:	País:
Tambo		Cauca	Colombia
Nacionalidad – País 1:		Nacionalidad –País 2:	
Colombiana		Nacionalidad.	
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.):		Número de teléfono fijo y celular:	
Calle 61# 56-84		3185312737	
Municipio de residencia:		Correo electrónico (e-mail):	
Medellín		angieagredo96@gmail.com	
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 facultad de medicina de la Universidad de Antioquia busca formar médicos generales que: sean profesionales 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

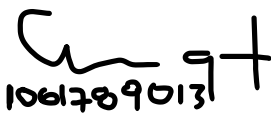
Semestre (marque una "X" matriculado a la fecha):	Facultad/ Escuela / Instituto:
1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º <input type="checkbox"/> 7º <input type="checkbox"/> 8º <input type="checkbox"/> 9º <input type="checkbox"/> 10º <input checked="" type="checkbox"/> 11º <input type="checkbox"/> 12º <input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
13º <input type="checkbox"/>	
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.
Mes:	Año:	Graduado:
Título obtenido (o nombre del estudio):		Número de tarjeta profesional:

Fecha de Terminación	mm.	aaaa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del título.	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.					
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:	
Inglés	Bien	Regular	Regular		
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 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"/> <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"/>
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.)								
Prácticas Académicas Unidad Académica								
Nombre Coordinador de Prácticas Académicas del Programa Académico:								
Laura Cristina Pérez Arango								
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.								


 Firma y número de identificación

Medellín, 25 de noviembre 2010

Ciudad y fecha