



HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

I. Información personal

Primer apellido: LOAIZA		Segundo apellido: PINEDA	
Nombre completo: WENDY CAMILA LOAIZA PINEDA		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	
Documento de identificación: CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número: 1146443728	Municipio de expedición: MEDELLIN	Departamento de expedición: ANTIOQUIA
Fecha de vencimiento, 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.
Lugar o municipio de nacimiento: MEDELLIN	Departamento: ANTIOQUIA	País: COLOMBIA	Fecha de nacimiento: Día: 06 Mes: 01 Año: 2000
Nacionalidad – País 1: COLOMBIANA		Nacionalidad –País 2: Nacionalidad.	
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.): CR 6 AB # 47 A 58		Número de teléfono fijo y celular: 3218711014	
Municipio de residencia: MEDELLIN	Correo electrónico (e-mail): CAMILA10606012@GMAIL.COM		
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](#)

Escriba el perfil profesional o del egresado declarado para su programa académico (haga clic [AQUÍ](#) para consultar programa académico). 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 11º <input type="checkbox"/> 12º <input type="checkbox"/> 13º <input type="checkbox"/>	Facultad/ Escuela / Instituto: FACULTAD DE MEDICINA
Programa Académico: INSTRUMENTACION QUIRURGICA	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"/>				4		GONZALO RESTREPO JARAMILLO					
Fecha de Terminación		Mes:	Año:	Graduado:		Título obtenido (o nombre del estudio):			Número de tarjeta profesional:		
		3	2016	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TECNICO EN INSTALACION DE REDES			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.	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"/>	
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"/>
Carga 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"/>
Carga 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: Ana Marcela Calderón Tamayo											
Número de teléfono fijo y celular:						Correo electrónico (e-mail):					
319 4118232						practicasiq@udea.edu.co					
- 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.											

1146443728
Camila Loaiza

MEDELLIN, 19/03/2018

Firma y número de identificación

Ciudad y fecha