



HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

I. Información personal

Primer apellido:	Segundo apellido:						
Meneses	Restrepo						
Nombre completo:	Sexo:						
Juan Pablo	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"/>	1035442276	Copacabana	Antioquia				
Fecha de vencimiento, solo para CE y Pasaporte	Día: dd.	Mes: mm.	Año: aaaa	País de expedición: País.	Libreta militar:	Número:	DM
					1ª. Clase <input type="checkbox"/> 2ª. Clase <input type="checkbox"/>	Número.	
Lugar o municipio de nacimiento:	Departamento:	País:	Fecha de nacimiento:	Día:	Mes:	Año:	
Medellín	Antioquia	Colombia		27	05	1999	
Nacionalidad – País 1:	Nacionalidad –País 2:						
Colombiana	Nacionalidad.						
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.):				Número de teléfono fijo y celular:			
Calle 42 # 50 a 31				2743996 - 3197909531			
Municipio de residencia:		Correo electrónico (e-mail):					
Copacabana		juanpabloFMB@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](#)

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):	Facultad/ Escuela / Instituto:
1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input checked="" 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 de medicina
Programa Académico:	Código Programa Académico:
Instrumentación quirúrgica	810

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.	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:	
Inglés	Bien	Regular	Bien	Estoy en proceso de aprendizaje	
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: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>		Número de teléfono:	
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.)									
Me considero una persona consiente del trabajo y del escenario de práctica en el que estaré, soy una persona con capacidad de trabajo en equipo, con habilidades técnicas que reduzcan el nivel de fallos a la hora de la práctica.									
Prácticas Académicas Unidad Académica									
Nombre Coordinador de Prácticas Académicas del Programa Ana Marcela Calderón Tamayo									
Número de teléfono fijo y celular: 319 4118232					Correo electrónico (e-mail): practicasiq@udea.edu.co				
- 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.									

Juan Pablo M.
C.C 1035442276.

Firma y número de identificación

Copacabana – Antioquia 19/03/2018

Ciudad y fecha