



HOJA DE VIDA – PRÁCTICA ACADÉMICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

I. Información personal

Primer apellido: Orozco	Segundo apellido: Restrepo	
Nombre completo: Pamela	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: 1037636838	
Municipio de expedición: Envigado	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"/>
Lugar o municipio de nacimiento: Itagüí	Departamento: Antioquia	País: Colombia
Nacionalidad – País 1: Colombia	Nacionalidad –País 2: Nacionalidad.	Fecha de nacimiento: Día: 16 Mes: 09 Año: 1994
Dirección residencial (carrera, calle, transversal, barrio, urbanización, apto, etc.): Calle 46 e sur 38-09 apto 501		Número de teléfono fijo y celular: 3113670376
Municipio de residencia: Envigado	Correo electrónico (e-mail): Pamela.orozco@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](#)

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): 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"/> 13º <input type="checkbox"/>	Facultad/ Escuela / Instituto: Facultad de Medicina
Programa Académico: Medicina	Código Programa Académico: 804

2. Educación técnica, tecnológica o tecnológica especializada

Modalidad académica: Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Tecnológica especializada <input type="checkbox"/>	Semestres aprobados: Número.	Institución Educativa donde cursó y aprobó el grado señalado: 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												
Inglés para adultos		Centro de Extensión Idiomas UdeA		480	2019												
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	Bien	Bien														
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)																	
<p>Para el diligenciamiento de la CAUSA DE RETIRO tener como referencia los siguientes códigos:</p> <table border="0"> <tr> <td>01. Terminación de la obra; plazo del contrato; o vencimiento del período.</td> <td>07. Decisión unilateral o declaración de insubsistencia.</td> </tr> <tr> <td>02. Justa causa por parte del empleado o incumplimiento del contratista.</td> <td>08. Sentencia ejecutoria.</td> </tr> <tr> <td>03. Justa causa por parte del trabajador o incumplimiento del contratante.</td> <td>09. Revocatoria o nulidad del nombramiento.</td> </tr> <tr> <td>04. Clausura definitiva del establecimiento o supresión del cargo.</td> <td>10. Jubilación o pensión por invalidez.</td> </tr> <tr> <td>05. Cese de actividades del empleador por más de 120 días.</td> <td>11. Renuncia voluntaria.</td> </tr> <tr> <td>06. Abandono del cargo.</td> <td>12. Por mutuo acuerdo.</td> </tr> </table>						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.
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 apasionada en el área de la salud, comprometida y con alto sentido de pertenencia, enfocada en el trabajo en equipo, siempre dando toda mi capacidad y esfuerzo. Mi labor está basada en el cuidado humanizado, la resolución de problemas, el aprendizaje continuo, y la motivación continua del personal permitiendo un ambiente cálido y amable.													
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, 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.													

Pamela Orozco Restrepo
CC 1037636838

Firma y número de identificación

Envigado, enero 26 de 2020

Ciudad y fecha