***UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA***

***FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA “HÉCTOR ABAD GÓMEZ”***

***HOJA DE VIDA***

***NOMBRE ESTUDIANTE:***

Inserte su foto aquí.

1. ***INFORMACIÓN PERSONAL***

|  |  |
| --- | --- |
| *Documento de identidad* |  |
| *Lugar y fecha de nacimiento* |  |
| *Estado civil* |  |
| *Número de hijos* |  |
| *Dirección* |  |
| *Teléfono fijo* |  |
| *Celular* |  |
| *E-mail* |  |
| *Disponibilidad de viajar* |  |
| *EPS\** |  |

*\* Anexar certificado de EPS y de Carnet de vacunación*

1. ***PERFIL PROFESIONAL***

|  |
| --- |
|  |

***3. INFORMACIÓN ACADÉMICA***

***ESTUDIOS SUPERIORES***

|  |  |
| --- | --- |
| *Institución* |  |
| *Programa* |  |
| *Semestre* |  |
| *Ciudad* |  |
| *Promedio Académico* |  |

***EDUCACIÓN SECUNDARIA***

|  |  |
| --- | --- |
| *Colegio/ Institución* |  |
| *Ciudad* |  |
| *Año* |  |

***OTROS ESTUDIOS***

|  |
| --- |
|  |

***IDIOMAS. Calificar el nivel de 1-5. Siendo 5 el superior***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Idioma*** | ***Ingles*** | ***Francés*** | ***Portugués*** | ***Otro (cual)*** |
| *Competencia Lectora* |  |  |  |  |
| *Competencia Escritora* |  |  |  |  |
| *Competencia Oral* |  |  |  |  |
| *Examen de Calificación* |  |  |  |  |
| *Puntaje* |  |  |  |  |

*\*Anexar certificados*

***INFORMATICA. Calificar el nivel de 1-5. Siendo 5 el superior***

|  |  |
| --- | --- |
| *Manejo de Office* |  |
| *Manejo de Bases de datos (SPSS, Epi Info, Access)* |  |
| *Lenguajes de programación (Visual Basic, SQL, Macros de Excel, c #)* |  |
| *Manejo de otra: cual* |  |

***4. EXPERIENCIA LABORAL***

|  |  |
| --- | --- |
| *Empresa* |  |
| *Cargo* |  |
| *Jefe inmediato* |  |
| *Periodo* |  |
| *Teléfono* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Empresa* |  |
| *Cargo* |  |
| *Jefe inmediato* |  |
| *Periodo* |  |
| *Teléfono* |  |

***5. REFERENCIAS PERSONALES***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre* |  |
| *Empresa* |  |
| *Cargo* |  |
| *Teléfono* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre* |  |
| *Empresa* |  |
| *Cargo* |  |
| *Teléfono* |  |

***6. REFERENCIAS FAMILIARES***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre* |  |
| *Parentesco* |  |
| *Teléfono* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre* |  |
| *Parentesco* |  |
| *Teléfono* |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nombre del practicante*

*Fecha de elaboración*

*(Firmado electrónicamente)*