

**Currículum Vitae**

**Ortodoncia**

Fotografía

*(Pegarla o imprimirla)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre :***[apellido paterno, apellido materno, nombre(s)]* |  |
| **Dirección :** *[Calle y número, Colonia, Código Postal, Ciudad, Estado, País)* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Teléfono Celular :***(anote marcación completa)* |  |
| **Correo electrónico :** |  |
| **RFC :** *(con homoclave)* |  |
| **CURP :** |  |
| **Nacionalidad :** |  |

**Describa la información. Los comprobantes de este apartado, se integrarán de acuerdo con la « lista de requisitos »:**

|  |
| --- |
| **Servicio Social** |
| **Período** |  | **Hospital**  |  |
| **Institución** |  |
| **Si fue en investigación**, anote el título del trabajo |  |

|  |
| --- |
| **Licenciatura** |
| **Período** |  | **Título** |  |
| **Universidad** |  |
| **Promedio de la carrera**Mínimo 8 |  |
| **Cédula profesional :** |  |

**De aquí en adelante, elimine las filas que no utilice**

**Los comprobantes deberán integrarse en copia tamaño carta e impresos por ambos lados; utilizar exclusivamente papel bond (no se aceptarán impresos en papel grueso) e integrarlos al final de este documento:**

| **Maestría,Doctorado, Diplomado** |
| --- |
| **Maestría** |  | **Período** |  |
| **Universidad** |  |
| **Documento probatorio** |  | **Estatus** |  |
| **Anote el título de la Tesis** |  |
|  |
| **Doctorado** |  | **Período** |  |
| **Universidad** |  |
| **Documento probatorio** |  | **Estatus** |  |
| **Anote el título de la Tesis** |  |
|  |
| **Diplomado** |  | **Período** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Modalidad** |  | **Horas Curriculares** |  |
| **Anote el título de la Tesis** |  |

**Los siguientes comprobantes deberán integrarse, al final del formato de CV, en el orden descrito y serán, exclusivamente del período entre enero 2018 y julio 2021. Utilice papel bond e imprima en ambas caras del papel:**

| **Cursos de Capacitación o Actualización con horas o créditos curriculares** |
| --- |
| **Curso***Mas reciente* |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas o Créditos Curriculares** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas o Créditos Curriculares** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas o Créditos Curriculares** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas o Créditos Curriculares** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas o Créditos Curriculares** |  |

| **Cursos de Capacitación o Actualización con horas de duración**(No repita los descritos en el rubro anterior) |
| --- |
| **Curso***Mas reciente* |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas**  |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas**  |  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas**  |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas** |  |
|  |
| **Curso** |  |
| **Institución de Salud o Educativa** |  |
| **Fecha** |  | **Horas** |  |

| **Asistencia a Congresos**(No incluya simposios, talleres, conferencias, jornadas) |
| --- |
| **Congreso***Mas reciente* |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |
| **Congreso** |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |
|  |
| **Congreso** |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |
|  |
| **Congreso** |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |
|  |
| **Congreso** |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |
|  |
| **Congreso** |  |
| **Fecha** |  | **País** |  |
| **Participación** |  |

| **Participación en Actividades de Investigación**(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos) |
| --- |
| **Actividad***Mas reciente* |  |
| **Período** |  | **Participación** |  |
| **Actividad** |  |
| **Período** |  | **Participación** |  |
|  |
| **Actividad** |  |
| **Período** |  | **Participación** |  |

| **Publicación de Trabajos de Investigación**(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos) |
| --- |
| **Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.** |  |
| **Fecha de Publicación**  |  | **Participación** |  |
| **ISSN o ISBN**  |  | **Factor de Impacto** |  |
|  |
| **Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.** |  |
| **Fecha de Publicación**  |  | **Participación** |  |
| **ISSN o ISBN**  |  | **Factor de Impacto** |  |
|  |
| **Anote si es Artículo, Capítulo de libro, etc.** |  |
| **Fecha de Publicación**  |  | **Participación** |  |
| **ISSN o ISBN**  |  | **Factor de Impacto** |  |

| **Presentación de trabajos libres**(En el comprobante, resalte su nombre con marcatextos) |
| --- |
| **Título de la ponencia** |  |
| **Fecha de presentación**  |  | **Participación** |  |
| **Idioma de la presentación** |  | **País** |  |
| **Título de la ponencia** |  |
| **Fecha de presentación**  |  | **Participación** |  |
| **Idioma de la presentación** |  | **País** |  |

| **Distinciones y Reconocimientos** |
| --- |
| **Tipo de reconocimiento** |  | **Fecha** |  |
| **Institución que lo otorga** |  |
|  |
| **Tipo de reconocimiento** |  | **Fecha** |  |
| **Institución que lo otorga** |  |

|  |
| --- |
| **Idiomas**(Describalo, solo si cuenta con el comprobante correspondiente. Deberá adjuntar una copia del documento de la institución que avale su dominio del idioma) |
| **Inglés** | **Institución que avala** |  |
| **TOEFL** | **Puntaje :** |  | **Cambridge** | **Nivel :** |  |
|  |
| **Francés** | **Institución que avala** |  |
| **DELF** | **Nivel :** |  | **DALF** | **Nivel :** |  |
|  |
| **Otro Idioma** |  | **Institución que avala** |  |  |
|  | **Nivel:** |  |  | **Puntaje :** |  |

**Imprima este documento, por ambos lados, en papel bond tamaño carta. Coloque al final, los comprobantes, en el orden descrito**