



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL  
DE CANCEROLOGÍA

## GUÍA PARA ELABORACIÓN DE CURRÍCULUM VITAE

Esta es una guía del listado de datos que debe contener el currículum vitae a entregar.

El formato debe estar en Word, con tipo de letra Arial No. 12 y se debe entregar copias de comprobantes probatorios de todos los datos plasmados en el CV entregado, de los últimos 5 años. Las copias deberán ser legibles, tamaño carta

### DATOS PERSONALES (foto opcional)

1. Nombre completo (Iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre)
2. Lugar y fecha de nacimiento
3. Edad
4. Nacionalidad
5. Sexo
6. Estado civil
7. Dirección permanente (calle, número, colonia, código postal, ciudad, estado, país)
8. Dirección actual (donde reside en la actualidad y le puede llegar correspondencia)
9. Número de teléfono fijo (incluir lada)
10. Número de teléfono celular (actualizado)
11. Correo(s) electrónico(s) vigentes
12. Registro federal de contribuyentes (RFC con homoclave)
13. CURP (Registro único poblacional) (\*Este incluye extranjeros, si no lo tiene, habrá que tramitarlo)
14. Nombre completo, dirección y número(s) telefónico(s) de un familiar directo para contacto en caso de urgencia (estos datos serán confidenciales)

### LICENCIATURA

1. Nombre de la carrera que estudió (Licenciatura)
2. Período escolar (año de inicio y término)
3. Universidad donde cursó la Licenciatura
4. Promedio de Licenciatura (indicar escala de 0-10)
5. Ciudad y país donde realizó la licenciatura
6. Fecha de expedición de título profesional
7. Internado de pregrado (lugar donde lo realizó y periodo)
8. Servicio Social (lugar donde lo realizó y periodo)
9. Distinciones académicas obtenidas
10. Número de Cédula profesional

### ESPECIALIDAD PREVIA

1. Institución de salud donde realizó la Especialidad
2. Universidad que otorgó el aval de la especialidad previa
3. Período escolar (año inicio y término)
4. Promedio de la especialidad (indicar escala de 0-10)
5. Ciudad y País donde realizó la especialidad
6. Distinciones académicas obtenidas
7. Número de Cédula Profesional obtenida

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, CP. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

Tel. 55 5628 0400 [www.incan.salud.gob.mx](http://www.incan.salud.gob.mx)





**OTROS ESTUDIOS DE POSGRADO (Si aplica, puede ser otra Especialidad adicional, Maestría o Doctorado)**

1. Institución donde realizó el posgrado
2. Universidad que avala el posgrado
3. Período escolar (año inicio y término)
4. Promedio académico del posgrado (indicar escala 0-10)
5. Ciudad y País donde realizó el posgrado
6. Distinciones académicas obtenidas
7. Número de Cédula Profesional obtenida

**IDIOMAS QUE HABLA**

- ❖ Indicar el nombre del idioma (pueden ser varios idiomas)
- ❖ Especificar el nivel del mismo (Porcentaje y Certificación que lo avale: TOEFL, Cambridge, etc.)
- ❖ Indicar la modalidad de dominio (lectura de comprensión de textos, habla, traduce y/o escribe)

**PRODUCCION CIENTÍFICA (INVESTIGACIÓN)**

Los trabajos científicos deben enlistarse numerados según su tipo y categoría en el siguiente orden:

1. Investigación original
2. Revisión analítica de casos
3. Recopilación bibliográfica
4. Trabajos de divulgación científica
5. Tesis dirigidas

\*Deberá incluir la cita bibliográfica correspondiente (nombre de la revista de publicación, año, número, volumen, DOI, número de páginas y la lista de autores).

**CURSOS DE ACTUALIZACIÓN Y CAPACITACIÓN QUE HAYA RECIBIDO**

Enlistar por fechas del más reciente al más antiguo (últimos cinco años).

**ACTIVIDADES DOCENTES O ASISTENCIALES**

Enlistar las actividades docentes o asistenciales por periodos, del más reciente al más antiguo (últimos cinco años).

**DIPLOMAS DISTINCIONES O PREMIOS RECIBIDOS**

Enlistar el tipo de distinción o premio recibido según su categoría y especificar la Institución que otorga el premio y el año.

**TRABAJOS PRESENTADOS EN CONGRESOS**

Enlistar los trabajos por año, del más reciente al más antiguo, especificando el foro en el cual fue presentado.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL  
DE CANCEROLOGÍA

### ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE

Enlistar las asociaciones a las que pertenece especificando el nombre de la misma y la vigencia.

### FECHA Y FIRMA

Anexe Copia de los Documentos Comprobatorios (últimos cinco años).