



FORMATO PARA CURRÍCULUM VITAE

I. DATOS GENERALES

Nombre: CLEMENTE CANDELERO MIGUEL
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Sexo: ☒ Masculino () Femenino RFC: CECM841219PB6 CURP: CECM841219HTCLNG02

Estado Civil ☒ Casado () Soltero () otro especificar _____

Fecha de nacimiento: día 19 Mes DICIEMBRE Año 1984

No. IMSS 83108409968

Lugar de Nacimiento:

VILLAHERMOSA
Localidad

TABASCO
Entidad Federativa

MÉXICO
País

Domicilio Actual:

AV. GREGORIO MENDEZ, EDIFICIO FERNANDO A. COLORADO
Calle

202
Número

ATASTA
Colonia

CENTRO
Localidad

VILLAHERMOSA
Municipio

TABASCO
Entidad Federativa

Código Postal: 86150 Teléfono: 9931141241 Correo electrónico: drmiguelcc@gmail.com

II PREPARACIÓN ACADÉMICA
A. Formación Básica y Media

Nivel Educativo	Institución	Periodo	Promedio general
PREESCOLAR	Nombre: JOSEFINA BARJAU DE GIL	1987-1990	
PRIMARIA	Nombre: SALVADOR MARTINEZ GUZMAN	1990-1996	9.0
SECUNDARIA	Nombre: ESCUELA SECUNDARIA TECNICA # 22	1996-1999	9.5
BACHILLERATO	Nombre: C.B.T.a. # 94	1999-2002	9.5



B. Formación Profesional

1. Licenciatura(s)

Institución	Nombre de los estudios	Periodo	No. de Cédula Profesional	Promedio general.
Nombre: UJAT "DACS"	LIC. MEDICO CIRUJANO	2002-2009	6672935	8.0
Nombre:				
Nombre:				

2. Postgrados

Especialización, Maestría y Doctorado

Institución	Tipo y nombre de los estudios	Periodo	Situación de la obtención del Grado*
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			
Ubicación.			
Nombre:			

*1: Grado, 2: Con fecha de examen, 3: Trabajo de grado en revisión, 4: Proyecto autorizado, 5: Con avances de Proyecto, 6: Sin proyecto

3. Trabajos de tesis

Título	Institución	Periodo	Grado obtenido

3. Formación complementaria

Otros estudios (Artes, Deportes, Gastronomía, etc.)

Institución	Tipo y nombre de los estudios	Periodo	Documento Probatorio
Nombre: CRUZ ROJA MEXICANA	TECNICO EN URGENCIAS MEDICAS	2005-2006	CERTIFICADO
Nombre: STPS	AGENTE CAPACITADOR EXTERNO	2012	CERTIFICADO



3.1 Conocimiento de lenguas nacionales y extranjeras

Lengua	Habla			Lee			Escribe			Comprende auditivamente		
	MB	B	R	MB	B	R	MB	B	R	MB	B	R
INGLES			X			X			X			X

3.2 Conocimiento de computación:

Programa o Paquete	Nivel de manejo		
	MB	B	R
OFFICE	X		
WINDOWS		X	

C. Actualización

Diplomados, Cursos y Talleres recibidos en los últimos 5 años

Institución	Nombre de los cursos o seminarios	Período	Duración en horas
Nombre: UJAT	DIPLOMADO EN ACTUALIZACION MEDICA	2010	192
Nombre: STPS	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE AUTOGESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	2011	24
Nombre: STPS	EVALUACION E IMPLEMENTACION DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE SALUD	2012	40
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	ACTUALIZACION DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE SEGURIDAD DE LA STPS	2012	40
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	ACTUALIZACION DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE ORGANIZACIÓN DE LA STPS	2012	40
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	ACTUALIZACION, EVALUACION E IMPLEMENTACION DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE SALUD	2013	40
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	SALUD EN EL TRABAJO	2013	24
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	BASICO DE SSPA	2013	24
Nombre: CONSULTORIA INTEGRAL "CIEN"	ACTUALIZACION, EVALUACION E IMPLEMENTACION DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE ORGANIZACION	2013	40
Nombre: INST. TECNOLOGICO DE VHSA.	DIPLOMADO EN SUPERVISOR ESPECIALISTA DE SEGURIDAD, SALUD Y PROTECCION AMBIENTAL (SSPA)	2014	120
Nombre: QHSE INTERNATIONAL GROUP	PLAN DE RESPUESTA A EMERGENCIAS	2014	16
Nombre: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA	ATENCION A ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR	2015	8



II. EXPERIENCIA PROFESIONAL

A. Experiencia profesional en el área de formación

Institución	Puesto y funciones desempeñadas	Periodo
CRUZ ROJA MEXICANA	PARAMEDICO VOLUNTARIO Atención pre hospitalaria a la población en general de Villahermosa y lugares cercanos.	ACTIVO DESDE 2006
SECRETARIA DE SALUD	MEDICO ENCARGADO DE UNIDAD Responsable de la unidad, dar seguimiento a los programas gubernamentales de apoyo a la comunidad.	2010-2011
EMERGENCY RESPONSE	MEDICO Brindar atención médica a los empleados, impartir capacitaciones de salud ocupacional y primeros auxilios, realizar recorridos de supervisión, elaboración de plan de salud ocupacional.	2010-2011
DEMAR S.A. DE C.V.	MEDICO ABORDO Brindar atención médica a los empleados, supervisión de cumplimiento de normas oficiales mexicanas de salud, capacitaciones de salud ocupacional y primeros auxilios, recorridos de supervisión, elaboración de atlas de riesgo.	2011
GRUPO PROTEXA S.A. DE C.V.	SUPERVISOR MEDICO Elaboración de diagnóstico de salud, atlas de riesgo, plan de salud, análisis de morbilidad, accidentabilidad y mortalidad, programas de salud; impartir capacitaciones al personal, elaboración de simulacros, campañas de salud, atención médica y chequeo a personal ocupacionalmente expuesto, control de medicamentos y equipo médico, inspecciones de salud e higiene, campañas de detección de alcohol y drogas, responsable de la logística de traslado de pacientes vía aérea y/o marítima a instituciones médicas, realización de auditorías internas, responsable de salud en el trabajo de todos los proyectos vigentes.	2011-2014
COTEMAR S.A. DE C.V.	MEDICO BASE Responsable de la unidad, brindar atención médica, valoración al personal ocupacionalmente expuesto, impartir capacitaciones, elaboración, modificación y seguimiento a todos los programas y procedimientos de salud de la empresa, participación en el plan de respuesta a emergencias médicas, vigilancia sanitaria, participación en la elaboración de atlas de riesgo.	2014-2016
*QHSE INTERNATIONAL GROUP *GRUPO VARCUS. *CORPORATIVO SAIM. *CAMARA MEXICANA DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCION (CMIC).	AGENTE CAPACITADOR EXTERNO Como capacitador externo, imparto cursos de manera independiente (primeros auxilios, urgencias médicas pre hospitalarias, manejo defensivo, etc.) a diversas empresas y/o instituciones cuando me lo solicitan.	ACTIVO DESDE 2012



B. Experiencia Docente:

1. Docencia

Institución	Nivel educativo y asignaturas impartidas	Período

2. Asesoría de Tesis

Nombre de la Tesis	Institución	Carrera o Postgrado	Período

3. Experiencias innovadoras en la docencia

Estrategias de enseñanza-aprendizaje, materiales educativos, de apoyo a la docencia y de vinculación escuela-comunidad

Institución	Descripción de la experiencia	Período



4. Cursos y/o talleres impartidos

Institución	Nombre del curso	Período	No. de horas
Diversas	Primeros Auxilios	2012-2016	8
Diversas	Urgencias Médicas Pre Hospitalarias	2012-2016	20
Diversas	Manejo Defensivo	2016	8

C. Experiencia en Diseño Curricular

Institución	Tipo y nombre del diseño*	Periodo

*Especifique si la participación en la experiencia fue en el Plan y Programas de estudio, sólo programas, Diplomado, Curso o Taller

D. Experiencia en investigación

Incluya las investigaciones relacionadas con su área de formación, especifique si fue en zona urbana, rural o indígena y las realizadas en el ámbito educativo

Institución	Título de la investigación	Nivel de participación*	Período

*1: Director del proyecto, 2: Integrante del equipo de investigación, 3: Auxiliar de investigador



D. Experiencia en vinculación y trabajo comunitario

Institución	Título del proyecto y nombre de la comunidad participante	Nivel de participación*	Período

*1: Gestor del proyecto, 2: Participante en el proyecto

F. Publicaciones

Fecha	Título del libro, capítulo, artículo, etc.	Referencia bibliográfica

G. Otros

Incluya en este apartado toda la información que considere pertinente y que no haya sido contemplada en este formato

1. Participación como ponente

Evento	Tema	Período



2. Premios, distinciones y notas laudatorias

3. Libros leídos en el último año

Título	Temática	Autor
SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA (ATLS)	FORMACION MEDICA	DR. James Styner, Colegio Americano De Cirujanos, Comité De Trauma.
EL PSICOANALISTA	TRHILLER PSICOLOGICO	John Katzenbach
TRILOGIA DE LA OSCURIDAD (NOCTURNA, OSCURA Y ETERNA)	TRHILLER DE SUSPENSO, FICCION.	Guillermo del Toro, Chuck Hogan.
EL HOBBIT	FICCION	J.R.R. Tolkien

4. Actividades de tiempo libre

Actividad	Tiempo que le dedica	Personas con las que comparte esta actividad
LEER	1 ó 2 HRS	FAMILIA
ESCUCHAR MUSICA	1 HR	FAMILIA
VISITAR A FAMILIARES	FINES DE SEMANA	FAMILIA
EJERCICIO (TROTAR)	1 HR	FAMILIA
IR AL CINE Y/O TEATRO	1 VEZ AL MES	FAMILIA

*Anexar copias de documentos probatorios.

DR. MIGUEL CLEMENTE CANDELERO

Bajo protesta de decir verdad:

Nombre y Firma del aspirante: