



## CURRICULUM VITAE Docentes/Expositores

**Colegio Nacional de Matronas y Matrones de Chile**  
(para obtención de patrocinio)

### I. ANTECEDENTES PERSONALES

- Nombre Completo: \_\_\_\_\_
- Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Profesión: \_\_\_\_\_
- Número de registro Superintendencia de Salud(S.I.S) \_\_\_\_\_
- Lugar de trabajo Actual: \_\_\_\_\_
- Teléfono lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

### II. ESTUDIOS PROFESIONALES TITULOS Y GRADOS ACADEMICOS

#### Título Profesional

| Título | Institución que lo otorgó | Año |
|--------|---------------------------|-----|
|        |                           |     |

#### Grado Académico (Licenciatura/Magister/Doctorado)

| Nombre grado | Nombre institución | País /año de obtención |
|--------------|--------------------|------------------------|
| Licenciatura |                    |                        |
| Magister     |                    |                        |

**POST TITULOS O DIPLOMADOS (mayores a 40 horas de formación)**

| Nombre post título o diploma | Nombre institución | País /año | Horas de Programa |
|------------------------------|--------------------|-----------|-------------------|
|                              |                    |           |                   |

**III. EXPERIENCIA LABORAL EN EL AREA EN QUE DICTARA LA CAPACITACION**

| Empresa u Organización | Nombre del cargo | Años de experiencia en la función |
|------------------------|------------------|-----------------------------------|
|                        |                  |                                   |

**IV. OTROS**

- Docencia en Instituciones de Educación Superior Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- Posee Jerarquía Académica Si \_\_\_\_ ¿Cuál \_\_\_\_ No \_\_\_\_

El coordinador (a) o Director(a) del curso da fe de la veracidad de los antecedentes aportados.

---

**FIRMA COORDINADOR (A) O DIRECTOR (A) DEL CURSO**