

# CURRÍCULUM VITAE

VERSION PÚBLICA

<b>NOMBRE:</b>	<b>Manuel Alejandro Parra Cruz.</b>
<b>NIVEL O PUESTO:</b>	<b>Auxiliar de Responsable c</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b><u>caban23@hotmail.com</u></b>
<b>TELÉFONO OFICIAL:</b>	<b>5150940</b>

<b>NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS CON DOCUMENTO COMPROBATORIO:</b>	Postgrado: Maestría en Administración 607502 Doc. Comprobatorio: Cedula Profesional. 11093571
--	--

## EXPERIENCIA LABORAL TRES ÚLTIMOS EMPLEOS

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:</b>	Programa Fortalecimiento a la atención Médica. Oaxaca.
<b>CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:</b>	Soporte administrativo tipo a
<b>FECHA DE INICIO:</b>	01 de Julio de 2014
<b>FECHA DE TERMINO:</b>	29 de Octubre de 2017

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:</b>	Consultoría y estudios socioeconómicos prax s.c.
<b>CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:</b>	Subgerencia general.
<b>FECHA DE INICIO:</b>	9 enero de 2013.
<b>FECHA DE TERMINO:</b>	30 de junio

<b>NOMBRE DE LA INSTITUCION O EMPRESA:</b>	Universidad regional del sureste
<b>CARGO O PUESTO DESEMPEÑADO:</b>	Coordinación y ponencia de capacitaciones. Consultorio particular a tiempo libre.
<b>FECHA DE INICIO:</b>	21 de noviembre de 2011
<b>FECHA DE TERMINO:</b>	03 enero de 2013

## FORMACION: TRES ÚLTIMOS CURSOS

<b>NOMBRE DEL CURSO:</b>	"Lineamientos para la Organización y Conservación de archivos"
<b>INICIO:</b>	14 de Febrero de 2019.
<b>TERMINO:</b>	14 de Febrero de 2019.
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:</b>	Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales de Oaxaca.

<b>NOMBRE DEL CURSO:</b>	"Obligaciones en materia de Protección de Datos Personales"
<b>INICIO:</b>	14 de Febrero de 2019.
<b>TERMINO:</b>	14 de Febrero de 2019.
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:</b>	Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales de Oaxaca.

<b>NOMBRE DEL CURSO:</b>	"Lineamientos para el Reconocimiento de Entornos Saludables" (Implementacion para la localidad: San Francisco de las Flores)
<b>INICIO:</b>	16 de junio de 2016
<b>TERMINO:</b>	07 de Julio de 2017.
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE IMPARTIÓ EL CURSO:</b>	Secretaria de Salud, Jurisdicción Sanitaria número 5 Mixteca.



*Manuel Alejandro Parra Cruz.*  
**NOMBRE Y FIRMA**