



NUESTRO PUERTO, NUESTRA CASA

FICHA CURRICULAR

| Datos Personales | |
|------------------|------------|
| Apellido Paterno | SAN GERMAN |
| Apellido Materno | AGUILAR |
| Nombre (s) | ALFREDO |

| Datos Oficiales (TRABAJO ACTUAL) | | | |
|----------------------------------|--|----------------|----------|
| Dependencia /Entidad | VERACRUZ | | |
| Cargo | SUBDIRECTOR MEDICO | | |
| Domicilio | AV. IGNACIO BUSTAMANTE | No. Ext. : s/n | No. Int: |
| | | S/N | |
| Entre que calles | ESQ. MARIANO MATAMOROS | C.P: 91870 | |
| Colonia | FRACC. LOS PINOS | | |
| Localidad | VERACRUZ | VERACRUZ | |
| Teléfono | 2299610100 | Extensión: | Fax: |
| | | | |
| Correo Electrónico | asangerman@veracruzmunipio.gob.mx | | |

| Perfil Académico | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Licenciatura, Maestría etc. | |
| Nombre | MEDICO CIRUJANO |
| Institución | UNIVERSIDAD VERACRUZANA |
| Periodo | |
| Tipo de Documento | CEDULA PROFESIONAL |

| Cursos Realizados | |
|-------------------|---------------------------------------|
| Nombre | TODO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL COVID 19 |
| Institución | SECRETARIA DE SALUD |
| Periodo | 2021 |
| Tipo de Documento | CONSTANCIA |
| Duración Horas | 4 HORAS |

| | |
|-------------------|---|
| Nombre | RECOMENDACIONES PARA UN RETORNO SEGURO AL TRABAJO ANTE COVID 19 |
| Institución | INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL |
| Periodo | 2021 |
| Tipo de Documento | CONSTANCIA |
| Duración Horas | 4 HORAS |

| Experiencia Laboral | |
|--|---|
| AQUÍ PONER QUE SECTOR (PÚBLICO O PRIVADO) ETC. | |
| Puesto | JEFE DE LOS SERVICIOS MEDICOS 2014-2018 2018-2021 |
| Dependencia/Entidad | DIF BOCA DEL RÍO |
| Domicilio | FERROCARRIL 78 BOCA DE RIO |
| Periodo Inicial | 2014 |
| Periodo Final | 2021 |

| Sector Privado etc. | |
|---------------------|-------------------|
| Puesto | MEDICO CIRUJANO |
| Empresa | PRIVADO |
| Lugar | VERACRUZ, VER. |
| Periodo | 1999- ACTUALMENTE |