

**Formato público de Curriculum Vitae**

|  |
| --- |
| **I.- DATOS GENERALES:** |
| **Nombre:** | **Jesús Manuel Amigon Ariza** |
| **Cargo en el Poder Judicial:**  | **Responsable del Módulo Medico** |
| **Área de Adscripción:**  | **Modulo Medico** |
| **Fecha de Nacimiento:** **(cuando se requiera para ejercer el cargo)**  | **09 de junio de 1972** |

|  |
| --- |
| **II.- PREPARACIÓN ACADÉMICA:**  |
| **Último grado de estudios:** | **Licenciatura** |
| **Institución:** | **Benemérita Universidad Automa de Puebla** |
| **Periodo:** | **1993-1997** |
| **Documento:**  | **Título Profesional** |
| **Título Profesional:**  | **Médico, cirujano y partero** |
| **Cédula:**  | **3253801** |
| **Estudios Profesionales:** | **Maestría en Geriatría y Gerontología** |
| **Institución:**  | **FUNIBER** |
| **Periodo:**  | **2010-2013** |
| **Documento:**  | **Título Profesional** |
| **Cédula:**  | **En tramite** |

|  |
| --- |
| **III.- EXPERIENCIA LABORAL: a) tres últimos empleos** |
| **1** | **Periodo (día/mes/año) a (día/mes/año):** | **15/01/2000** |
| **Nombre de la Empresa:** | **ISSSTE** |
| **Cargo o puesto desempeñado:** | **Medico Suplente** |
| **Campo de Experiencia:**  | **Consulta Medica** |
| **2** | **Periodo (día/mes/año) a (día/mes/año):** | **01/06/2005** |
| **Nombre de la Empresa:** | **Secretaria de Salud** |
| **Cargo o puesto desempeñado:** | **Responsable Centro de Salud La Ascensión** |
| **Campo de Experiencia:**  | **Consulta Medica** |
| **3** | **Periodo (día/mes/año) a (día/mes/año):** | **15/08/2005** |
| **Nombre de la Empresa:** | **Universidad Autónoma de Tlaxcala** |
| **Cargo o puesto desempeñado:** | **Catedrático Escuela de Medicina** |
| **Campo de Experiencia:**  | **Catedra** |

|  |
| --- |
| **IV.- EXPERIENCIA LABORAL: b)Últimos cargos en el Poder Judicial:** |
|  | **Área de adscripción** | **Periodo**  |
| **1** | **Responsable Modulo Medico** | **2004-2018** |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

|  |
| --- |
| **V.- INFORMACION COMPLEMENTARIA:****Últimos cursos y/o conferencias y/o capacitaciones y/o diplomados, etc. (de al menos cinco cursos)** |
|  | **Nombre del Ponente** | **Institución que impartió** | **Fecha o periodo** |
| **1** | **Epilepsia** | **Medchannel** | **04/2018** |
| **2** | **Cardiopatía isquémica** | **Medchannel** | **05/2018** |
| **3** | **Oncología Pediátrica** | **Asociación Medica Santa Ana** | **03/2018** |
| **4** | **Curso de Cardio geriatría** | **Instituto INGER** | **05/2017** |
| **5** | **Curso de Neurociencia** | **Instituto ELSEVIER** | **09/2017** |

|  |
| --- |
| **VI.- Sanciones Administrativas Definitivas (dos ejercicios anteriores a la fecha):** |
| **Si** | **No** | **Ejercicio** | **Nota: Las sanciones definitivas se encuentran especificadas en la fracción XVIII del artículo 63 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado, publicadas en el sitio web oficial del Poder Judicial, en la sección de Transparencia.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VII.- Fecha de actualización de la información proporcionada:** |
|  | **Santa Anita Huiloac, Apizaco, Tlaxcala, a 01 de octubre de 2018.** |
|  |