



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS : HUARAG REYES  
 NOMBRES : RAUL Abel  
 FACULTAD : MEDICINA "Hipólito UMANUE"  
 DEPARTAMENTO ACADÉMICO : MEDICINA Social y de la CONDUCTA

TIPO DE DOCENTE :  ORDINARIO  CONTRATADO  EXTRAORDINARIO

TIPO DE DOCUMENTO : DNI  C. EXTR.  OTROS  N° DOC. 07543164

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD                    | DESDE | HASTA      |
|--|-------|------------|
| UNIVERSIDAD Nacional Federico Villarreal | 1980  | Actualidad |
|  |       |            |
|  |       |            |

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN          | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup> | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD                  |
|--------------------|--------------------------|---|---|
| BACHILLER          | UNFU                     | GRADO   | MEDICO - CIRUJANO                         |
| TÍTULO PROFESIONAL | UNFU                     | TITULO  | MEDICO - CIRUJANO                         |
| MAESTRÍA           | UNFU                     | GRADO   | ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. |
| DOCTORADO          | UNFU                     | GRADO   | SALUD Pública                             |
| SEGUNDA PROFESIÓN  | UNFU                     | TITULO  | GINECO-OBST.                              |

<sup>1</sup> Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magister, Doctor o Nivel de estudios (semestre ó ciclo académico)

### IV. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS NACIONALES O INTERNACIONALES

| DESCRIPCIÓN | INSTITUCIÓN CERTIFICADORA | TIPO DE PARTICIPACIÓN <sup>1</sup> | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO |
|-------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
| Diplomado   | U.N.F.V.                  | participante                       | 2014            | 2015             |
| Diplomado   | U.N.F.V.                  | participante                       | 13/oct/2006     | 2006.            |
| Diplomado   | U.N.F.V.                  | (ASISTENTE) Asistente.             | 17/nov/2005     | 18/nov/2005      |

<sup>1</sup> Ponente, participante, otros.

### V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

| PUBLICACIONES<br>Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas     |                   |                            |                    |
|--|-------------------|----------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN   | TIPO <sup>1</sup> | TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN   | AÑO DE PUBLICACIÓN |
| ASMA Y OBESIDAD CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES DEL DISTRITO SM-P-2010 y 2011 | CIENTIFICO        | ASMA Y OBESIDAD. 2011<br>2 | 2011               |

<sup>1</sup> Libro, artículo científico original, artículo breve, caso clínico, revisión sistemática, artículo de opinión, manuales.

### VI. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS

| ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN         | TIPO DE DOCUMENTO | Nº DE RESOLUCIÓN        | FECHA DE LA RESOLUCIÓN | MOTIVO DE RECONOCIMIENTO   |
|---|-------------------|-------------------------|------------------------|--|
| COLEGIO MEDICO REGIONAL XVIII - CALLAO. | DIPLOMA           | 109-CMC - CR XVIII - 04 | 28/09/17               | Por los servicios distinguidos en el campo profesional, docente y ético-deontológico en beneficio de la población CHALACA. |

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ME SOMETO A LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO N° 33 DEL T.U.O. DE LA LEY N° 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR D.S. N° 006 - 2017 - JUS Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDADE DE LO DECLARADO.

LUGAR:

LIMA

FECHA:

26/04/2018

FIRMA

*[Handwritten Signature]*  
Humay Reyes Ruiz

APELLIDOS Y NOMBRES:

HUELLA

