



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	PUERTA MAGALLANES		
NOMBRES	:	CÉSAR MARK		
FACULTAD	:	MEDICINA HUMANA		
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	MEDICINA		
TIPO DE DOCENTE	:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ORDINARIO	CONTRATADO	EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	
		C. EXTR.	<input type="checkbox"/>	N° DOC. 07763997
		OTROS	<input type="checkbox"/>	

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
U.N. FEDERICO VILLARREAL	1995	2018
U. RICARDO PALMO	2011	2015

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	U. SAN MARCOS	MEDICO CIRUJANO	
TÍTULO PROFESIONAL	U. P. CAYETANO HEREDIA	POS-GRADO	RADIOLOGO
MAESTRÍA	U.N. FEDERICO VILLARREAL	ARM-HOSP.	NO CONCLUIDO
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN			

<sup>1</sup> Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magíster, 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
① TOPOGRAFIA-ECO MEXICO	ESSALUD BECA	PASANTE	OCT-1989	ABRIL-1990
② R.M.N. BILBAO ESPANA	ESSALUD HOSP. CRUIES	PASANTE	FEB-2011	MAR-2011
③ PLAN MUSCULO-E BUENOS AIRES ARG.	ESSALUD H. ITALIANO	DECANO	JULIO-2012	AGOSTO-2012
④ PLAN ABDOMEN SANTIAGO CHLE	CL. UNICATOLICO	PASANTE	FEB 2013	MAR 2013

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

**V. RESUMEN DE PUBLICACIONES**

PUBLICACIONES			
Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas			
NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO <sup>1</sup>	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN

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

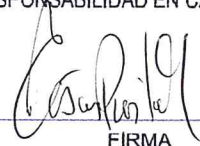
**VI. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS**

ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	Nº DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO

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 FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR: LIMA

FECHA: 25 / 04 / 2018

  
FIRMA

PUERTO MAGALLANES CESAR M.  
APELLIDOS Y NOMBRES:

