



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	MEDINA RUBIO
NOMBRES	:	JOSÉ SERRIQUE
FACULTAD	:	Medicina Humana
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	CIRUGIA
TIPO DE DOCENTE	:	<input checked="" type="checkbox"/> ORDINARIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI <input checked="" type="checkbox"/> C. EXTR. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
	N° DOC.	07951357

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	1982	2018

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UN. SAN MARCOS	BACHILLER	Medicina
TÍTULO PROFESIONAL	UN. SAN MARCOS	MEDICO CIRUJANO	Medicina Humana
MAESTRÍA	UP UNION	MAESTRIA Salud Publica	Salud Publica
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN	UN FEDERICO VILLARREAL	NEUROCIENCIAS	NEUROCIENCIAS

¹ 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 ¹	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
CURSO INTERNACIONAL DE NEUROCIENCIA	IUCN - Colegio Mexico	ASISTENTE	Agosto 24	Agosto 27
CONGRESO DE NEUROCIENCIA 2015	SOCIEDAD de Neurociencia	ASISTENTE	2015	
CONGRESO DE NEUROCIENCIA 2016	SOCIEDAD DE NEUROCIENCIA	ASISTENTE	2016	

¹ Ponente, participante, otros.

V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

PUBLICACIONES Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas			
NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO ¹	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN
OTRA OPERACION PARA TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES CH.			2007

¹ 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
Ministerio Salud	Resolución	070	2003	Ganador del Concurso para Directores de Instituto.

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 TUO 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:

FECHA: 24 / 04 / 18


FIRMA

Medina Luzio Torre Guio
APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA