



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| APELLIDOS              | : | Victorio Arribaspata  |
| NOMBRES                | : | Glades Edith  |
| FACULTAD               | : | Medicina Hipólito Unzué   |
| DEPARTAMENTO ACADÉMICO | : | Ciencias Fisiológicas   |
| TIPO DE DOCENTE        | : | <input checked="" type="checkbox"/> ORDINARIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO |
| TIPO DE DOCUMENTO      | : | DNI <input checked="" type="checkbox"/><br>C. EXTR. <input type="checkbox"/><br>OTROS <input type="checkbox"/>            |
|                        |   | N° DOC. <input type="text" value="08717996"/>   |

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD                    | DESDE     | HASTA    |
|--|-----------|----------|
| Universidad Nacional Federico Villarreal | Set. 1994 | La Fecha |
|  |           |          |
|  |           |          |

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN          | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup> | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| BACHILLER          | U.N.M.S.H.               | Bachiller                                     | Nutrición                |
| TÍTULO PROFESIONAL | U.N.M.S.H.               | Licenciada                                    | Nutrición                |
| MAESTRÍA           | UNEV.                    | egresada                                      | Salud Pública            |
| DOCTORADO          |                          |   |                          |
| SEGUNDA PROFESIÓN  |                          |   |                          |

<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 |
|---|--|------------------------------------|-----------------|------------------|
| Encuentro de Actualización de Neoplasias Hematológicas y Carcinomas | Oncosalud y UPSHP                              | Participante                       | 20-3-18         | 22-3-18          |
| XXXIV CONGRESO MEXICANO DE PEDIATRIA INMUNOLOGIA Y A. 2017          | COLEGIO MEXICANO DE PEDIATRIA E SIMPOSIO LOCAL | Participante                       | 14-Julio 17     | 22-Julio 17      |
| XXXIV CONGRESO DE PEDIATRIA 2016                                    | CONFEDERACION DE PEDIATRIA DEL SURESTE MEXICO  | Participante                       | 23-Abril-16     | 26-Abril-16      |

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

#### V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

| PUBLICATIONES<br>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                      |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---|
| Dirección de Salud III Lima     | Reconocimiento o Felicitación | Resolución N0075 DESP DISA III L 2007 | 20/12/2007             | 1er Puesto en Estrategias Sanitarias de Salud |

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 - JUN Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR: El Agustino

FECHA: 18/05/18

*Glady Victoria*  
FIRMA

VICTORIO ARRIENSPLANTA GLADYS  
APELLIDOS Y NOMBRES: EDITA





## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

|                        |   |                                     |                                     |                          |
|------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| APELLIDOS              | : | Victorio Arribasplata               |                                     |                          |
| NOMBRES                | : | Gladys Edith                        |                                     |                          |
| FACULTAD               | : | Medicina Hipólito Unzué             |                                     |                          |
| DEPARTAMENTO ACADÉMICO | : | Ciencias Fisiológicas               |                                     |                          |
| 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. 08717996         |
|                        |   | OTROS                               | <input type="checkbox"/>            |                          |

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD                    | DESDE     | HASTA    |
|--|-----------|----------|
| Universidad Nacional Federico Villarreal | Set. 1994 | La Fecha |
|  |           |          |
|  |           |          |

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN          | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup> | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| BACHILLER          | U.N.M.S.H.               | Bachiller                                     | Nutrición                |
| TÍTULO PROFESIONAL | U.N.M.S.H.               | Licenciada                                    | Nutrición                |
| MAESTRÍA           | UNEV.                    | egresada                                      | Salud Pública            |
| DOCTORADO          |                          |   |                          |
| SEGUNDA PROFESIÓN  |                          |   |                          |



