



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	ALARCO AGUIRRE
NOMBRES	:	DONIS. ALARCO
FACULTAD	:	MEDICINA.
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	MEDICINA.
TIPO DE DOCENTE	:	<input type="checkbox"/> ORDINARIO <input checked="" type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI <input checked="" type="checkbox"/> N° DOC. 09146292. C. EXTR. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.	2009	2013
UNIVERSIDAD SAN MARTIN.	2006	2011
UNIVERSIDAD ARZOBISPO LOAYZA	2013	2014.

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UNIVERSIDAD FEDERICO VILLARREAL	Bachiller	ENFERMERA.
TÍTULO PROFESIONAL	Lic. EN ENFERMERIA.	LICENCIADA.	ENFERMERA.
MAESTRÍA	CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN - MENCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA	MAGISTER.	
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

<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
Hosp. Banco HONORARIO	Resolución	368-2018HUVH	24/12/18	merito de asistencia
Hosp. Banco HONORARIO	Resolución	277-2016HUVH	26/11/18	merito de asistencia
UNIVERSIDAD ARZOBISPO LOAYZA	Oficio	Slw.	Oct. 2014	responsabilidad

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:

*[Firma manuscrita]*

FIRMA

FECHA: 19 / 11 / 2018

*Alvaro Robinson Doris*

APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA