



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	Quispe Escamela
NOMBRES	:	JUDITH LIZI
FACULTAD	:	MEDICINA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	CIENCIAS FISIOLÓGICAS
TIPO DE DOCENTE	:	<input type="checkbox"/> ORDINARIO <input checked="" 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.	10321902

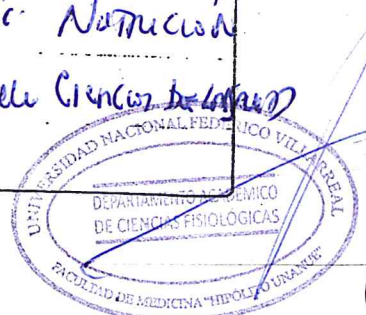
II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD CESAR VALDES	2012	2012
UNIV. FAC. FEDERICO VILLARREAL	2015	2017

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UNMSM	BACHILLER	NUT. HUM
TÍTULO PROFESIONAL	UNMSM	Licenciada	Nut Hum
MAESTRÍA	UN AGRARIA	Licenciada Magisterio	Nutrición
DOCTORADO	U. NAC. EDUCACION	Enfermería	Ciencias de la Salud
SEGUNDA PROFESIÓN			

¹ 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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
Cursos: Formando Educadores	Sociedad Peruana de Anestesiología	Anestesiología	Abril 2016	Julio 2016
Workshop: - Nutrición Renal	Centro Per. de Salud Renal		2017	2017

Ponente, participante, otros.

V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

PUBLICACIONES			
Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas			
NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	AÑO DE PUBLICACIÓN
Tesis "Diagnóstico, elaboración de un modelo de atención para Comunas Huancas"			

Libro, artículo científico original, artículo breve, caso clínico, revisión sistemática, artículo de opinión, manuales.

VI. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS

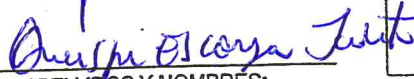
ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	Nº DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO
Ministerio de Salud	Credencial			Por realizar documentos de gestión

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 FALSIDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR: El Agustino Lima

FECHA: 17 10 2018


FIRMA


APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA

