



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

| | | | | |
|------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| APELLIDOS | : | PALACIOS CARBAJAL | | |
| NOMBRES | : | GERARDO MOISÉS | | |
| FACULTAD | : | MEDICINA HUMANA HIPÓCRITO UNAHUG | | |
| DEPARTAMENTO ACADÉMICO | : | MEDICINA (SEMIOLOGIA) | | |
| TIPO DE DOCENTE | : | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | ORDINARIO | CONTRATADO | EXTRAORDINARIO |
| TIPO DE DOCUMENTO | : | DNI | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | C. EXTR. | <input type="checkbox"/> | N° DOC. 10375642 |
| | | OTROS | <input type="checkbox"/> | |

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD | DESDE | HASTA |
|---------------------------|-------|-------|
| UNIVERSIDAD VILLARREAL | 2010 | 2018 |
| UNIVERSIDAD SSB | 2015 | 2018 |
| UNIVERSIDAD NICANOR PALMA | 2000 | 2005 |

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹ | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| BACHILLER | UNMSM | Bachiller | |
| TÍTULO PROFESIONAL | UNMSM | Medicina Cirujano | |
| MAESTRÍA | | | |
| DOCTORADO | | | |
| SEGUNDA PROFESIÓN | UNMSM | Medicina Interna | Med Interna |

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 |
|-------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
| | | | | |

¹ Ponente, participante, otros.

V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

| PUBLICATIONES Producción científica y/o publicaciones en revistas científicas | | | |
|--|-------------------|--------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN | TIPO ¹ | TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN | AÑO DE PUBLICACIÓN |
| | | | |

¹ Libro, artículo científico original, artículo breve, caso clínico, revisión sistemática, artículo de opinión, manuales.

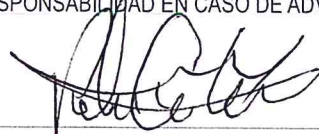
VI. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS

| ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN | TIPO DE DOCUMENTO | N° 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 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: FACULTAD MEDICINA UNFU
LAPOUNO UMANU

FECHA: 25/04/18


FIRMA

PACARIS CARABAL GONZALEZ
APELLIDOS Y NOMBRES:
MOISES

