



Universidad Nacional
Federico Villarreal

DIGA
Dirección General
de Administración



Oficina Central de
Recursos
humanos
Oficina de Cambio Humano

HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| APELLIDOS | : BORJA ARROYO | | |
| NOMBRES | : JEANETTE IVONNE | | |
| 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"/> | C. EXTR. <input type="checkbox"/> | Nº DOC. 20070504 |
| | : OTROS <input type="checkbox"/> | | |

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD | DESDE | HASTA |
|---------------------------------------|-------------|----------------|
| UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAPTISTA | AGOSTO | DICIEMBRE 2009 |
| UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS | AGOSTO 2010 | ACTUALIDAD |
| UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES | MARZO 2011 | JUNIO 2014 |
| UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS | MARZO 2016 | ACTUALIDAD |

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹ | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|---|---|
| BACHILLER | UNFV | GRADO | MEDICO CIRUJANO |
| TÍTULO PROFESIONAL | UNFV | TÍTULO | MEDICO CIRUJANO |
| MAESTRÍA | UNFV | GRADO (T) | SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA |
| DOCTORADO | | | |
| SEGUNDA PROFESIÓN | UNFV | TÍTULO | MEDICINA FISICA Y REHABILITACION |

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 ¹ | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO |
|---|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
| TERMINO RESPIRATORIA EN CUIDADOS INTENSIVOS | CLINICA CENTENARIO RETARDO JARONES | POLENTE | 11/09/14 | 01/09/14 |
| DISCAPACIDAD EN LA PUBLACION INFANTIL | UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS | POLENTE | 14/10/16 | 14/10/16 |
| CURSO DE POSTGRADO ELECTROFISIOLGIA | UNIVERSIDAD MAYOR SAN MARCOS | POLENTE | 31/10/17 | 31/10/17 |

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 |
| | | | |

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

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: JESUS MARIA


FIRMA

FECHA: 25 / 04 / 2018

BORJA ARROYO JENNIFER
APELLIDOS Y NOMBRES: IVONNE





HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

| | | |
|------------------------|--|--|
| APELLIDOS | : BORTA ARROYO | |
| NOMBRES | : JEANNETTE IVONNE | |
| 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"/> | C. EXTR.: <input type="checkbox"/> N° DOC.: 20070504 |
| | OTROS: <input type="checkbox"/> | |

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD | DESDE | HASTA |
|-----------------------------------|-------|-------|
| UNFV Tecnología Médica pre grado | 2016 | 2017 |
| UNMSM Medicina Humana - pre grado | 2011 | 2017 |
| UNPSM Medicina Humana pre grado | 2011 | 2014 |

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹ | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| BACHILLER | UNFV | BACHILLER | MEDICINA |
| TÍTULO PROFESIONAL | UNFV | MEDICINA GENERAL | MEDICINA |
| MAESTRÍA | UNFV | SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA | MEDICINA |
| DOCTORADO | | | |
| SEGUNDA PROFESIÓN | — | — | — |

J

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 | Nº 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 FALSEDADE DE LO DECLARADO.

LUGAR:

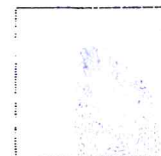
FECHA: / /



 FIRMA

BORTH ARROYO JENNETTE

APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA