



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	LA ROSA GARCÍA	
NOMBRES	:	AUGUSTO MANUEL	
FACULTAD	:	MEDICINA	
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	CIRUGÍA	
TIPO DE DOCENTE	:	<input checked="" type="checkbox"/> ORDINARIO	<input type="checkbox"/> CONTRATADO
			<input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI <input type="checkbox"/>	C. EXTR. <input type="checkbox"/>
		OTROS <input type="checkbox"/>	N° DOC. <input style="width: 150px;" type="text" value="25440163"/>

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UN F VILLARREAL	1988	2018
UP. RICARDO PALMA	2011	2013
UP. SAN JUAN BAPTISTA	2012	2012

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UN. SAN LUIS GONZAGA ICA	BACHILLER	
TÍTULO PROFESIONAL	UN. SAN LUIS GONZAGA ICA	MEDICO CIRUJANO	
MAESTRÍA	UN. MAYOR SAN MARCOS	OFICINA LEGAL	
DOCTORADO			
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 ¹	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

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	N° DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO

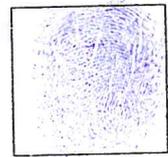
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, ME SOMETO A LA FISCALIZACIÓN POSTERIOR ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO N° 33 DEL T.U.O. DE LA LEY N° 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR D.S. N° 006 - 2017 - JUS Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR: *FACULTAD DE MEDICINA UNFV
EL GUAYANO CALLE CHIRIPE*

[Firma manuscrita]
FIRMA

FECHA: *29 / 04 / 2018*

LOPEZ GARCIA AUGUSTO MANUEL
APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA