



## HOJA DE VIDA

### I DATOS DEL DOCENTE

|                        |                                       |                                     |   |
|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| APELLIDOS              | CERNA IPARRAGUIRRE                    |                                     |   |
| NOMBRES                | FERNANDO JESUS                        |                                     |   |
| FACULTAD               | MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"            |                                     |   |
| DEPARTAMENTO ACADÉMICO | MATERNO INFANTIL                      |                                     |   |
| TIPO DE DOCENTE        | : <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                      |
|                        | : ORDINARIO                           | CONTRATADO                          | EXTRAORDINARIO                                |
| TIPO DE DOCUMENTO      | : DNI                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
|                        | : C.EXTR.                             | <input type="checkbox"/>            | Nº DOC. <input type="text" value="43233791"/> |
|                        | : OTROS                               | <input type="checkbox"/>            |   |

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

| NOMBRE DE UNIVERSIDAD                    | DESDE | HASTA         |
|--|-------|---------------|
| UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL | 1978  | La actualidad |

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

| FORMACIÓN          | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL/GRADO/ TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup> | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD |
|--------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| BACHILLER          | UNFV                     | BACHILLER                                  | CIENCIAS MEDICAS         |
| TÍTULO PROFESIONAL | UNFV                     | TITULADO                                   | MEDICO CIRUJANO          |
| MAESTRÍA           | UNFV                     | MAGISTER                                   | SALUD PUBLICA            |
| DOCTORADO          | UNFV                     | EGRESADO                                   | SALUD PUBLICA            |
| SEGUNDA PROFESIÓN  | UNMSM                    | TITULADO                                   | PEDIATRIA                |

<sup>1</sup> Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magíster, Doctor o Nivel de estudios (semestre o ciclo académico)

#### IV. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS NACIONALES O INTERNACIONALES

| DESCRIPCIÓN                           | INSTITUCIÓN CERTIFICADORA | TIPO DE PARTICIPACIÓN <sup>1</sup> | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINO |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|
| Déficit y Demanda de Especialistas    | ASPEFAM                   | Ponente                            | 05-Abr-13       | 07-Abr-13        |
| VII Conference on Medical Education   | International College     | Asistente                          | 14-Nov-13       | 16-Nov-13        |
| Actualización Normas y Procedimientos | CONAREME                  | Ponente                            | 14-Feb-14       | 14-Feb-14        |

<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. RECONOCIMIENTO 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 Nº 33 DEL T.U.O. DE LA LEY Nº 27444, LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL APROBADO POR D.S. Nº 006 - 2017 - JUS Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR:

Lima

*Fernando Parraguire*

FIRMA



HUELLA

FECHA:

25 / Abril / 2018

CORNA PARRAGUIRE, FERNANDO J.

APELLIDOS Y NOMBRES