



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	: <u>COHEN HERNANDEZ</u>		
NOMBRES	: <u>LUIS ANDRES</u>		
FACULTAD	: <u>Odontología</u>		
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	: <u>odontología</u>		
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"/>	N° DOC. <u>06802023</u>
	OTROS <input type="checkbox"/>		

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
<u>Universidad San Martín de Porres</u>	<u>1990</u>	<u>2017</u>
<u>Universidad Federico Villarreal</u>	<u>1996</u>	<u>a la actualidad</u>

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	<u>Universidad San Juan Capistrano de Ica</u>		
TÍTULO PROFESIONAL	<u>Universidad San Juan Capistrano de Ica</u>		
MAESTRÍA	<u>Universidad Federico Villarreal</u>		
DOCTORADO	<u>Universidad Federico Villarreal</u>		
SEGUNDA PROFESIÓN	<u>Especialista en Salud Pública</u>		<u>Universidad San Martín</u>

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO

<sup>1</sup> Ponente, participante, otros.

#### V. RESUMEN DE PUBLICACIONES

PUBLICATIONES			
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. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS

ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO
				<p>Reconocimiento del Colegio Odontólogo a Por Pontiapr                      en el Reglamento del Rendimiento Odontológico                      Reconocimiento de la Federación de Odontólogos por                      Pontiapr en la Ley del Censo de Dentistas.                      Reconocimiento por los 30 años de Servicio en el Ministerio                      de Salud</p>

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:

*Pueblo Libre*

FIRMA

*[Firma manuscrita]*

FECHA:

*10 / 05 / 2018*

APELLIDOS Y NOMBRES:

*GHERM HERNANDEZ*



HUELLA