



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	MARQUEZ FARFAN	
NOMBRES	:	ANA MARIA	
FACULTAD	:	TECNOLOGIA MEDICA	
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	TECNOLOGIA MEDICA	
TIPO DE DOCENTE	:	<input checked="" type="checkbox"/> ORDINARIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO	
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI <input checked="" type="checkbox"/> C. EXTR. <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	N° DOC. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">07378238</span>

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
Universidad Nac. Federico Villarreal	1990	actual

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER			
TÍTULO PROFESIONAL	VN FJ	Medico-Cirujano	
MAESTRÍA			
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN			Patología Clínica.

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
1- Avances en Asociación Banco de Sangre.	Asociación de Hematólogos Perú	Alumno	19/4/18	21/4/18
2- Hematología clínica.	Serv. Hematología del Hosp. Almenara	Ponente	05/6/15	08/6/15

<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. RECONOCIMIENTOS Y MÉRITOS

ENTIDAD QUE EMITE LA RESOLUCIÓN	TIPO DE DOCUMENTO	N° DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO
IPSSOS - Apoyo Es Salud.	Carta		-	- Oportunidad en entrega de resultados de laborat.
Es Salud - Vitante	carta			- Buena marcha del servicio de laboratorio.

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 - JUN Y ASUMIR LA RESPONSABILIDAD EN CASO DE ADVERTIRSE FALSEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR:

Agustino

*Ana*

FIRMA

FECHA:

24 / 04 / 2018

ANA MARQUEZ FARFAN

APELLIDOS Y NOMBRES:

HUELLA