

## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	: López Gurreonero		
NOMBRES	: Carlos Francisco		
FACULTAD	: Odontología		
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	: odontología		
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"/>	OTROS: <input type="checkbox"/>
	N° DOC.	40736725	

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
Universidad Alas Peruanas	2011	2011
Universidad Nacional Mayor de San Marcos	2018	
Universidad Científica del Sur	2014	2018
Universidad Nacional Federico Villarreal	2011	2018

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	Universidad Nacional Federico Villarreal	Bachiller	Odontología
TÍTULO PROFESIONAL	Universidad Nacional Federico Villarreal	Odontólogo	Cirujano dentista
MAESTRÍA	Universidad Peruana Cayetano Heredia	Maestro	con mención a Rehabilitación Oral
DOCTORADO	—	—	—
SEGUNDA PROFESIÓN	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Especialista	Rehabilitación Oral

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

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN CERTIFICADORA	TIPO DE PARTICIPACIÓN <sup>1</sup>	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
CIOSP	USP	Alumno	2018-Ener	2018-feb.
UNICID	UNICID	Alumno	2016	2017
Protesis Sobrel Imp.	UNED	Alumno	2013 Nov	2013 Nov

<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
Guía Práctica de Protésis Parcial Fija	Guía	Guía Práctica de prot. parcial fija. UNFV.	2018

<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	Nº DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO
SP PDMF			2013	1º puesto mesa clínica

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

FECHA:

09 105 12018

APELLIDOS Y NOMBRES:

Lopez Carrion, Carlos Funes



HUELLA