



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	DAVILA COTENA
NOMBRES	:	MILTOU PABLO
FACULTAD	:	TECNOLOGÍA MÉDICA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	TECNOLOGÍA MÉDICA.
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. <input style="width: 150px;" type="text" value="09498180"/>

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	2000	—
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS	2004	2004
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN PEDRO	2004	2004.
—		

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	U.N.F.U	BACHILLER	TECNOLOGO MÉDICO
TÍTULO PROFESIONAL	U.N.F.U	TÍTULO	TECNOLOGO MÉDICO
MAESTRÍA	U.N.F.U	EGRESADO	EN INGENIERÍA
DOCTORADO	U.N.F.U	EGRESADO	SALUD PÚBLICA
SEGUNDA PROFESIÓN	U.N.I.F.S.C	TÍTULO	MÉDICO CIRUJANO

¹ 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 ¹	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
Trauma Shock	A.P. Emergencias	Participante	23-03-17	25-03-17
Terapéutica Médica	CD. HGA.I	Participante	17-01-17	19-02-17
Laboratorio Clínico	CD. Hosp. 2 de Mayo	Participante	14-11-14	16-11-14
Inf. Intra-hospitalaria Iniciación y Proseguimiento	CD. Hosp. GAI	Participante	30-09-16	02-10-16
Curso del primer nivel de Atención de la Salud.	Academia Peruana de la Salud.	Participante	21-11-14	23-11-14
Redum Internu	Soc. Peru de R.I	Participante	31-10-13	03-11-13

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	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 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 FALSEDADE DE LO DECLARADO.

LUGAR: EL AGUSTINO (LIMA)

FECHA: 02 / 05 / 18

FIRMA

DAVIDA COYENNA NICOLÓN P.
APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA