



## HOJA DE VIDA

### I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	PACHAS BARBARAN
NOMBRES	:	LILIANA
FACULTAD	:	TECNOLOGIA MEDICA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	TECNOLOGIA MEDICA
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"/> N° DOC. <input style="width: 150px;" type="text" value="10714113"/> OTROS <input type="checkbox"/>

### II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
FEDERICO VILLARREAL	ABRIL 2011	DIC. 2017

### III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO <sup>1</sup>	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UNFV	TECNOLOGO MEDICO	RADIOLOGIA
TÍTULO PROFESIONAL	UNFV	LICENCIADO	RADIOLOGIA
MAESTRÍA	USMP		
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN	UAP	CIRUJANO DENTISTA	ODONTOLOGO

<sup>1</sup> Egresado, Bachiller, Diploma, Titulado, Magíster, Doctor ó 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
- VI CONGRESO INTERNACIONAL DE TECNOLOGIA MEDICA.	UNFV	ASISTENTE.	07-08-17	14-08-17.
- VI CONGR. INTERNACIONAL TEC. MEDICA	UNFV	- ASISTENTE	12-08-17.	13-08-17.
		- MODERADOR	12-08-17	12-08-17.
- XVI CONGRESO LATINOAMERICANO	SOCIEDAD PERUANA DE RADIOLOGIA	- ASISTENTE	08-09-16	10-09-16
- CURSO ACTUALIZACIÓN EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA	UNIVERSIDAD. CAYETANO HEREDIA	- ASISTENTE	01-07-15	02-09-15

<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	Nº DE RESOLUCIÓN	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	MOTIVO DE RECONOCIMIENTO
MUNICIPALIDAD SAN LUIS	CERTIFICADO	DICIEMBRE	2014	CIRUJANO DENTISTA .

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 FALSIEDAD DE LO DECLARADO.

LUGAR:

LIMA.

FECHA:

30 / 04 / 2018

FIRMA

PACHAS BARBARÁN, LILIANA

APELLIDOS Y NOMBRES:



HUELLA