



HOJA DE VIDA

I. DATOS DEL DOCENTE

APELLIDOS	:	CAVERO LIVIA		
NOMBRES	:	CÉSAR BRUNO		
FACULTAD	:	TECNOLOGÍA MÉDICA		
DEPARTAMENTO ACADÉMICO	:	TECNOLOGÍA MÉDICA		
TIPO DE DOCENTE	:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ORDINARIO	CONTRATADO	EXTRAORDINARIO
TIPO DE DOCUMENTO	:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	
		C. EXTR.	<input type="checkbox"/>	N° DOC. 40585056
		OTROS	<input type="checkbox"/>	

II. EXPERIENCIA PROFESIONAL COMO DOCENTE UNIVERSITARIO

NOMBRE DE UNIVERSIDAD	DESDE	HASTA
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	2004	ACTUALIDAD
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS	2007	2011
UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS	2010	ACTUALIDAD

III. FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	NIVEL / GRADO / TÍTULO ACADÉMICO ¹	PROFESIÓN O ESPECIALIDAD
BACHILLER	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	BACHILLER	TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
TÍTULO PROFESIONAL	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	LEONARDO	ENSAYOS FÍSICA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	EGRESADO	ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DOCTORADO			
SEGUNDA PROFESIÓN	UNIVERSIDAD DIVINA SAN JUAN BAPTISTA	MÉDICO CIRUJANO	MÉDICO CIRUJANO

IV. PARTICIPACIÓN EN EVENTOS NACIONALES O INTERNACIONALES

DESCRIPCIÓN	INSTITUCIÓN CERTIFICADORA	TIPO DE PARTICIPACIÓN ¹	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
OPRENDIZOTE DETTOL	UNIVERSIDAD PERUANO DE CIENCIAS SALUDAS	PARTICIPANTE	AGOSTO 2017	NOVIEMBRE 2017
ACTIVIDADES EN GERIATRIA	HOSPITAL GOBIERNO ALMENDROS TRUJILLO	PARTICIPANTE	28/11/2013	30/11/2013
DIPLOMADO FISIOE- RAPIA RESPIRATORIA ULTRASONIO MED MED Y DESTETE	UNIVERSIDAD DANTE ALCIDES CORONADO	PONENTE	2016	EN CURSO

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
CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL: TERAPIA RESPIR- TORIO CERTIFICADO	CONSEJO LATINO AMERICANO DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA		08/09/2010	MIEMBRO ACTIVO

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:

Lima

FECHA:

30 / 04 / 2018

FIRMA

Cavero Livia Cesar Bruno

APELLIDOS Y NOMBRES

HUELLA