



FICHA DE REGISTRO DEL DOCENTE



1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. DATOS BÁSICOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
ORE	CHAVARRIA	PAUL FREDDY

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

2.1. GRADOS ACADÉMICOS

GRADO ACADÉMICO	MENCIÓN	UNIVERSIDAD	FECHA DE DIPLOMA
Bachiller en TECNOLOGIA MEDICA	-----	Universidad Alas Peruanas	19 de Marzo del 2013

2.2. TÍTULOS PROFESIONALES

TÍTULO PROFESIONAL	MENCIÓN	UNIVERSIDAD	FECHA DE DIPLOMA
Título Profesional de LICENCIADO TECNOLOGO MEDICO EN EL AREA DE TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	-----	Universidad Alas Peruanas	30 de Junio del 2014

3. EXPERIENCIA ACADÉMICA - PROFESIONAL

3.1. EXPERIENCIA COMO DOCENTE INVESTIGADOR

3.2. OTRAS EXPERIENCIAS LABORALES

3.5.1. HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAVELICA ZACARIAS CORREA VALDIVIA

CARGO	FECHA
TECNOLOGO MEDICO EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION	Desde 01/04/2016 hasta 31/12/2016

Directiva N° 002-R-OIIM-UPLA-2016

La información consignada que suscribo tiene carácter de declaración jurada, caso contrario, me someto a las sanciones que determina la Ley N° 27444, la Ley Universitaria N°30220, el Estatuto, y contrato suscrito con la universidad.