



## FICHA DE REGISTRO DEL DOCENTE



### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1.1. DATOS BÁSICOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
TORRES	CUYA	LUIS CESAR

### 2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

#### 2.1. GRADOS ACADÉMICOS

GRADO ACADÉMICO	MENCIÓN	UNIVERSIDAD	FECHA DE DIPLOMA
Maestría en Salud Publica	-----	Universidad Alas Peruanas	10 de Octubre del 2016
Bachiller en tecnologia medica	-----	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	31 de Julio del 1998

#### 2.2. TÍTULOS PROFESIONALES

TÍTULO PROFESIONAL	MENCIÓN	UNIVERSIDAD	FECHA DE DIPLOMA
Título Profesional de Tecnologia medica area de radiologia	-----	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	17 de Diciembre del 1999

### 3. EXPERIENCIA ACADÉMICA - PROFESIONAL

#### 3.1. EXPERIENCIA COMO DOCENTE INVESTIGADOR

#### 3.2. OTRAS EXPERIENCIAS LABORALES

**3.5.1. HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD**

<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>
LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA	Desde 18/05/2010 al presente.

**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.**