ANEAES

Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR (ANEAES)

CURRICULUM NORMALIZADO PARA PARES EVALUADORES

Para el Registro Nacional de Pares Evaluadores

GOBIERNO NACIONAL
Construyendo Juntos Un Nuevo Rumbo

ANEAES
Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior

CURRICULUM VITAE NORMALIZADO

DATOS PERSONALES		FOTO
Primer apellido: Meza		
Segundo apellido: Brítez		
Nombres: Ricardo Lorenzo		
N° de documento: 2.205.645	Sexo: Masculino	
Fecha de nacimiento (Año/mes/día): 1978-03-11		
Nacionalidad: Paraguayo		
Dirección para correspondencia: Campos Cervera 4722 esq. Torreani Viera		
Ciudad: Asunción	País: Paraguay	
Teléf: (021) 600-776/ 0982-446-336	Fax:	
E-mail 1: alergiaparaguay@hotmail.com		
E-mail 2: alergoparaguay@gmail.com		

FORMACIÓN ACADÉMICA		
ESTUDIOS DE GRADO		
1. Título obtenido: Medico Cirujano		
Institución: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Itapua		
Año de obtención: 2002	Ciudad: Encarnación	País: Paraguay
2. Título obtenido:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN		
1. Título obtenido: Pediatría Clínica		
Institución: Cátedra y Servicio de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción		Carga horaria: 10.560 hs
Año de obtención: 2006	Ciudad: Asunción	País: Paraguay
2. Título obtenido: Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica		
Institución: Hospital Infantil de Mexico, Universidad Nacional Autónoma de Mexico		Carga horaria: 2 años (presencial)
Año de obtención: 2009	Ciudad: Ciudad de Mexico, D.F.	País: Mexico
ESTUDIOS DE MAESTRÍA		
1. Título obtenido:		
Área de estudios:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:
2. Título obtenido:		
Área de estudios:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:
ESTUDIOS DE DOCTORADO		
1. Título obtenido:		

Área de estudios:		
Institución:		
Año de obtención:	**Ciudad:**	**País:**
2. Título obtenido:		
Área de estudios:		
Institución:		
Año de obtención:	**Ciudad:**	**País:**

OTRAS EXPERIENCIAS FORMATIVAS
Diplomado en Inmunología Avanzada (Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, Mexico, D.F.)
Curso de Fisiología Cardio-Pulmonar
Taller de Transporte Vital Avanzado
Taller de Inmunoterapia
Taller de Dermatitis Atópica

TRAYECTORIA ACADÉMICA Y PROFESIONAL		
DOCENCIA (Registrar su experiencia docente de los últimos diez (10) años. Si hace docencia en más de una institución de educación superior, anotar las experiencias de mayor significación)		
1. Nombre de la institución: Universidad Nacional de Asunción		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro: Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra y Servicio de Pediatría		
Categoría más alta alcanzada en el escalafón docente: Profesor Asistente de la Cátedra de Clínica Pediatría		
Dedicación: 20 horas semanales	**Ciudad: San Lorenzo**	**País: Paraguay**
Descripción de las actividades y/o materias desarrolladas:		
a. Docencia		
b. Post-Grado		
c. Auto-Evaluación de Carrera de Post-Grado de Pediatría Clínica		
Año de ingreso: 2003	**Año de obtención del cargo actual: 2014**	**Fecha de retiro : ----------**
2. Nombre de la institución:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro:		
Categoría más alta alcanzada en el escalafón docente:		
Dedicación:	**Ciudad:**	**País:**
Descripción de las actividades y/o materias desarrolladas:		
a.		
b.		
c.		
Año de ingreso:	**Año de obtención del cargo actual:**	**Fecha de retiro :**
CARGO ACADEMICO ADMINISTRATIVO (Registrar su experiencia en el ámbito académico administrativo de los		

últimos cinco años. Si ejerce cargos en más de una institución de educación superior, anotar las experiencias de mayor significación)		
1. Nombre de la institución:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro:		
Cargo o puesto:	**Ciudad:**	**País:**
Resumen del cargo:		
a.		
b.		
c.		
Dedicación:	**Año de ingreso:**	**Fecha de retiro:**
2. Nombre de la institución:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro:		
Cargo o puesto:	**Ciudad:**	**País:**
Resumen del cargo:		
a.		
b.		
c.		
Dedicación:	**Año de ingreso:**	**Fecha de retiro:**
EJERCICIO PROFESIONAL (Registrar su experiencia en el ámbito profesional de los últimos diez (10) años)		
1. Nombre de la institución / empresa: Consultorio Privado, Centro Médico La Costa		
Cargo: Médico de Consultorio (Privado)	**Ciudad: Asunción**	**País: Paraguay**
Actividad principal: Consultas Ambulatorias, Procedimientos, Evaluación de Pacientes, Internaciones, Interconsultas en Sala de Internados		
Pediatría		
Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica		
Dedicación: Lunes a Viernes	**Año de ingreso: 2009**	**Fecha de retiro:----------**
2. Nombre de la institución / empresa:		
Cargo:	**Ciudad:**	**País:**
Actividad principal:		
Dedicación:	**Año de ingreso:**	**Fecha de retiro:**

FORMACIÓN EN EVALUACIÓN		
CAPACITACIÓN ESPECIFICA (Registrar las capacitaciones más significativas y certificadas)		
1. Nombre de la institución: ANEAES		
Ciudad: Asunción	**País: Paraguay**	**Nombre del evento: Taller de Formación y Selección de Pares Evaluadores de Carreras de Grado (Presencial y Virtual)**
Duración en horas:	**Año de realización: 2019**	**Certificación obtenida:**
2. Nombre de la institución:		
Ciudad:	**País:**	**Nombre del evento:**

Duración en horas:	**Año de realización:**	**Certificación obtenida:**
EXPERIENCIA EN PROCESOS DE EVALUACION		
1. Nombre de la institución:		
Año de realización: 2018	**Ciudad: San Lorenzo**	**País: Paraguay**
Tipo de Evaluación: Auto-Evaluación en Carrera de Post-Grado de Pediatría Clínica		
Participó como: Miembro del Comité de Auto-Evaluación		
2. Nombre de la institución:		
Año de realización:	**Ciudad:**	**País:**
Tipo de Evaluación:		
Participó como:		
ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO EN EL USO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION Y ACREDITACION EN EL MERCOSUR		
1. Nombre de la institución:		
Año de realización:	**Ciudad:**	**País:**
Duración en horas:	**Certificación obtenida:**	
2. Nombre de la institución:		
Año de realización:	**Ciudad:**	**País:**
Duración en horas:	**Certificación obtenida:**	

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	
1. Áreas de trabajo:	
Campo específico de trabajo:	
Responsabilidad o cargo:	**Proyecto:**
Principal publicación:	**Año de publicación:**
Ciudad:	**País:**
2. Áreas de trabajo:	
Campo específico de trabajo:	
Responsabilidad o cargo:	**Proyecto:**
Principal publicación:	**Año de publicación:**
Ciudad:	**País:**

PUBLICACIONES Registrar la referencia bibliográfica de sus publicaciones más significativas de los últimos cinco años, en base a normas internacionales vigentes

ASOCIACIONES ACADEMICAS, PROFESIONALES, CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE Anotar el nombre de la asociación, en que calidad participa, año de ingreso

EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN Descripción de las principales actividades desarrolladas en los últimos cinco años
Clases de Grado en la materia de Clínica Pediátrica
Clases de Post-Grado en la Carrera de Formación en Pediatría Clínica
Auto-Evaluación de Carrera de Post-Grado de Pediatría Clínica
Coordinador General de Consultorio Externo de la Cátedra y Servicio de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas
Secretario Docente de Post-Grado de la Carrera de Pediatría Clínica
Médico Especialista en Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica de Consultorio de la Cátedra y Servicio de Pediatría
Exámenes por el Sistema ECOE (Estaciones)
Tutor de Monografías de Residentes de 3er Año de la Carrera de Formación en Pediatría Clínica

PREMIOS Y DISTINCIONES ACADEMICAS Y PROFESIONALES
Reconocimiento por Vice-Presidente de la Sociedad Paraguaya de Alergia, Asma e Inmunología
Reconocimiento por Trabajos Publicados en la Revista de la Sociedad Paraguaya de Pediatría

IDIOMAS	Nivel de conocimiento **(R)** Regular **(B)** Bueno **(E)** excelente		
Idiomas	Lee	Escribe	Habla
Español	E	E	E
Portugués	R		R
Inglés	E	E	B
Otros (especificar)			

INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE (Servicios a la comunidad, representaciones, etc.)

¿En qué campo o disciplina prefiere actuar como Par Evaluador?
Medicina
Ciencias de la Salud

Firma

Asunción 16 de Agosto de 2019

Fecha