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

Oscar Carlos Cárdenas Ledo

ANEAES
Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái tetãyguára mba'e

CURRICULUM VITAE NORMALIZADO

DATOS PERSONALES		FOTO
Primer apellido: Cárdenas		
Segundo apellido: Ledo		
Nombres: Oscar Carlos		
N° de documento: 5021413	Sexo: Masculino	
Fecha de nacimiento (Año/mes/día): 1974/02/19		
Nacionalidad: Paraguayo- Naturalizado		
Dirección para correspondencia: Barrio San José KM 51/2		
Ciudad: Ciudad del Este	País: Paraguay	
Teléfonos: 0981507191	Fax:	
E-mail 1: osqkarcarlos@gmail.com		
E-mail 2: osqkar@yahoo.es		

FORMACIÓN ACADÉMICA		
ESTUDIOS DE GRADO		
1. Título obtenido: Medico - Cirujano		
Institución: Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca		
Año de obtención: 2000	Ciudad: Sucre	País: Bolivia
2. Título obtenido:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN		
1. Título obtenido: Cirujano General		
Institución: Universidad Nacional del Este		Carga horaria:
Año de obtención: 2010	Ciudad: Ciudad del Este	País: Paraguay
2. Título obtenido: Didáctica Universitaria		
Institución: Universidad Nacional del Este		Carga horaria:
Año de obtención:2010	Ciudad: Ciudad del Este	País: Paraguay
ESTUDIOS DE MAESTRÍA		
1. Título obtenido: Magister en Investigación Científica		
Área de estudios:		
Institución: Universidad Nacional del Este		
Año de obtención: 2017	Ciudad: Ciudad del Este	País:Paraguay
2. Título obtenido:		
Área de estudios: Maestría en Medicina falta defensa de tesis		
Institución: Universidad Nacional del Este- Facultad en ciencia de la Salud		
Año de obtención:	Ciudad: Ciudad del Este	País: Paraguay
ESTUDIOS DE DOCTORADO		
1. Título obtenido:		
Área de estudios: Doctorado en Educación con énfasis en gestión alumno en ultimo modulo		
Institución: Universidad Nacional del Este		
Año de obtención:	Ciudad: Ciudad del Este	País: Paraguay
2. Título obtenido:		
Área de estudios:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:

OTRAS EXPERIENCIAS FORMATIVAS

Diplomado en TIC Ciudad del Este Paraguay
Universidad María Serrana 2020
Revisor de la Revista Científica de la UMS 2020

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:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro: Facisa		
Categoría más alta alcanzada en el escalafón docente: profesor auxiliar de catedra de Clínica quirúrgica		
Dedicación:	**Ciudad: Minga guazú**	**País: Paraguay**
Descripción de las actividades y/o materias desarrolladas:		
a. Apoyo en las practicas hospitalarias		
b.		
c.		
Año de ingreso:2010 hasta 2013	**Año de obtención del cargo actual:**	**Fecha de retiro :2013**
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: Universidad María Serrana		
Cargo o puesto: Coordinación de Investigación Científica	**Ciudad: Ciudad del Este**	**País: Paraguay**
Resumen del cargo:		
a. Coordinar actividades de investigación con alumnos y docentes		
b. Realizar actividades de investigación multidisciplinarias		
c.		
Dedicación:	**Año de ingreso: 2020**	**Fecha de retiro:2021**
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: Hospital Regional de CDE		

Cargo: Cirujano de Guardia	**Ciudad: Ciudad del Este**	**País: Paraguay**
Actividad principal: atención en la sala de urgencias y cirugía		
Dedicación: 24 horas	**Año de ingreso:2007**	**Fecha de retiro: hasta la fecha**
2. Nombre de la institución / empresa: Hospital IPS de CDE		
Cargo: Cirujano de Sala	**Ciudad: Ciudad del Este**	**País: Paraguay**
Actividad principal: atención de pacientes internados y cirugías programadas		
Dedicación: 24 horas	**Año de ingreso: 2010**	**Fecha de retiro: hasta la fecha**

FORMACIÓN EN EVALUACIÓN		
CAPACITACIÓN ESPECIFICA (Registrar las capacitaciones más significativas y certificadas)		
1. Nombre de la institución:		
Ciudad:	**País:**	**Nombre del evento:**
Duración en horas:	**Año de realización:**	**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:	**Ciudad:**	**País:**
Tipo de Evaluación:		
Participó como:		
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
Apendicitis y escala de Alvarado en un hospital de Ciudad del Este

ASOCIACIONES ACADEMICAS, PROFESIONALES, CIENTIFICAS A LAS QUE PERTENECE Anotar el nombre de la asociación, en que calidad participa, año de ingreso
Sociedad Paraguaya de Cirugía
Circulo Medico del Paraguay
Sociedad Paraguaya de Cirugía de Trauma
Sociedad Panamericana de Trauma
Sociedad Paraguaya de Cirugía Endoscópica y mínima invasiva

EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN Descripción de las principales actividades desarrolladas en los últimos cinco años

PREMIOS Y DISTINCIONES ACADEMICAS Y PROFESIONALES

IDIOMAS	Nivel de conocimiento **(R)** Regular **(B)** Bueno **(E)** excelente

Idiomas	Lee	Escribe	Habla
Español	E	E	E
Portugués	B	R	B
Inglés	R	R	R
Otros (especificar)			

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

¿En qué campo o disciplina prefiere actuar como Par Evaluador?

29-11-2022

Firma

Fecha