ANEAES

Tetã Rogavusu Tekombo'e Mbo'ehaovusupegua
Jehepyme'ẽ ha Ñembokuatiahapegua
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

ANEAES
Tetã Rogavusu Tekombo'e Mbo'ehaovusupegua Jehepyme'ẽ ha Ñembokuatiahapegua
Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái tetãyguára mba'e

CURRICULUM VITAE NORMALIZADO

DATOS PERSONALES		FOTO
Apellidos: PAREDES FRANCO		
Nombres: FANNY ROSAURA		
N° de documento: 1215998	Sexo: FEMENINO	
Fecha de nacimiento (Año/mes/día):1972/08/30		
Nacionalidad:PARAGUAYA		
Dirección para correspondencia: MANGO 3551 C/ AV DEL PUEBLO		
Ciudad:LAMBARE	País:PARAGUAY	
Teléfonos:0983435894	Fax:	
E-mail particular: fannyparedesf@gmail.com		

FORMACIÓN ACADÉMICA		
ESTUDIOS DE GRADO		
1. Título obtenido:DR EN ODONTOLOGIA		
Institución: FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNA		
Año de obtención:1996	Ciudad: ASUNCION	País: PARAGUAY
2. Título obtenido:		
Institución:		
Año de obtención:	Ciudad:	País:
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN		
1. Título obtenido: OPERATORIA DENTAL		
Institución: UCA SEDE HERNANDARIAS		Carga horaria:600
Año de obtención: 2005	Ciudad: HERNANDARIAS	País: PARAGUAY
2. Título obtenido: SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION HOSPITALARIA		
Institución: UNINORTE		Carga horaria:
Año de obtención:2021	Ciudad: ASUNCION	País: PARAGUAY
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:

Scanned with CamScanner

FORMACIÓN EN EVALUACIÓN		
CAPACITACIÓN ESPECIFICA (Registrar las capacitaciones en autoevaluación y formación de pares evaluadores)		
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:**
3. Nombre de la institución:		
Ciudad:	**País:**	**Nombre del evento:**
Duración en horas:	**Año de realización:**	**Certificación obtenida:**
4. Nombre de la institución:		
Ciudad:	**País:**	**Nombre del evento:**
Duración en horas:	**Año de realización:**	**Certificación obtenida:**
5. Nombre de la institución:		
Ciudad:	**País:**	**Nombre del evento:**
Duración en horas:	**Año de realización:**	**Certificación obtenida:**

EXPERIENCIA EN PROCESOS DE EVALUACION (De los últimos 5 años)		
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:		
3. Nombre de la institución:		
Año de realización:	**Ciudad:**	**País:**
Tipo de Evaluación:		
Participó como:		
4. Nombre de la institución:		
Año de realización:	**Ciudad:**	**País:**
Tipo de Evaluación:		
Participó como:		

OTRAS EXPERIENCIAS FORMATIVAS (Más significativas para su formación profesional)
EN MI ROL DE JEFA DE DOCENCIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FFAA (HCFFAA)ACOMPAÑE EL PROCESO DE AUTOEVALUACION DE LAS 7 ESPECIALIDADES MEDICAS QUE SE DESARROLLAN EN EL HCFFAA CON EL AVAL DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNA. ESTA AÑO HEMOS RECIBIDO A LOS PARES EVALUADORES DE LAS
ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA – CIRUGIA GENERAL- PEDIATRIA CLINICA Y GINECO OBSTETRICIA
TAMBIEN PARTICIPE EN LA ELABORACION DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA
Y REANIMACION.
CABE DESTACAR QUE LOS 8 PROGRAMAS DE ESPECIALIZACION MEDICA DESARROLLADOS EN EL HCFFAA DEPENDEN
DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

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 DE ODONTOLOGIA UNA		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro: FACULTAD		
Categoría más alta alcanzada en el escalafón docente: PROFESOR ASISTENTE CATEDRA PATOLOGIA B.		
Dedicación: 5 HS SEMANALES	**Ciudad: ASUNCION**	**País: PARAGUAY**
Año de ingreso: 2014	**Fecha de retiro: EN EJERCICIO**	
2. Nombre de la institución:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro:		
Categoría más alta alcanzada en el escalafón docente:		
Dedicación: 8 HS SEMANALES	**Ciudad: ASUNCION**	**País: PARAGUAY**
Año de ingreso:2013	**Fecha de retiro: EN EJERCICIO**	
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:HOSPITAL CENTRAL FUERZAS ARMADAS		
Cargo o puesto: JEFA DEL DPTO	**Ciudad: SAJONIA**	**País: PARAGUAY**
Dedicación: 12 HS	**Año de ingreso:2012**	**Fecha de retiro:En actividad**
2. Nombre de la institución:		
Facultad, Departamento, Unidad, Instituto u otro:		
Cargo o puesto:	**Ciudad:**	**País:**

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: Alta Vita Consultorios		
Cargo: **ODONTOLOGA**	**Ciudad:** **ASUNCION**	**País:** **PARAGUAY**
Dedicación:	**Año de ingreso:**	**Fecha de retiro:**
2. Nombre de la institución / empresa:		
Cargo:	**Ciudad:**	**País:**
Dedicación:	**Año de ingreso:**	**Fecha de retiro:**

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
SOCIEDAD PARAGUAYA DE PATOLOGIA Y MEDICINA BUCAL
PARTICIPO EN CALIDAD DE SECRETARIA DE LA COMISION DIRECTIVA
DESDE EL AÑO 2017 HASTA LA FECHA
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION HOSPITAL CENTRAL FFAA
PARTICIPO EN CALIDAD DE PRESIDENTA DEL COMITÉ
DESDE EL AÑO 2020 HASTA LA FECHA

EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN Descripción de las principales actividades desarrolladas de 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
Guaraní	R	R	B
Portugués	R	R	R
Inglés	B	B	B
Otros (especificar)			

INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTE (De los últimos 5 años) (Servicios a la comunidad, representaciones, etc.)

Firma

30/11/22
Fecha

Scanned with CamScanner