



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE SALUD



**HOJA DE VIDA**

Nombre Completo:	<b>TERESA DE LOS ANGELES REYES PAREDES</b>
Fecha de Nacimiento:	<b>15 DE OCTUBRE DE 1974</b>
Profesión:	<b>LICENCIADA EN RADIOLOGIA E IMAGENES</b>
No. de DUI	<b>02206550-5</b>
No. de Teléfono	<b>7940-3741</b>
Correo Electrónico:	<b>teresa.reyes@ues.edu.sv</b>
Cargo que desempeña en la Institución (UES, Facultad de Medicina)	<b>DOCENTE UNIVERSITARIO</b>
	<b>COORDINADORA CLINICA DE RADIOLOGIA</b>
	<b>OFICIAL DE PROTECCION RADIOLOGICA</b>

**EDUCACION TECNICA Y/O PROFESIONAL (Agregar Otros estudios)**

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO OBTENIDO	PERÍODO DE ESTUDIOS	AÑO DE GRADUACIÓN
<b>Maestría en Gestión Hospitalaria</b>	<b>Estudiando actualmente</b>		

**EXPERIENCIA PROFESIONAL**

EMPRESA O INSTITUCION	CARGO DESEMPEÑADO	PERÍODO
<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>LIC.EN RADIOLOGIA</b>	<b>1999-2007</b>

FIRMA DEL EMPLEADO