



Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**FICHA CURRICULAR**  
**PROCESO DE CONVOCATORIA CAS N° 003-2020-UESI**

Nombre del Puesto

Unidad Orgánica

**CENTRO COMUNITARIO SALUD MENTAL FLOR DE LOTO - UNIDAD EJECUTORA 407 SALUD SAN IGNACIO**

NOTA: La información contenida en la presente Ficha de Curricular tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual el comité de selección de la Unidad Ejecutora 407 Salud San Ignacio tomará en cuenta la información en ella consignada. El comité de selección se reserva el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente de los documentos presentados en copia.

La Evaluación de la Ficha Curricular y Evaluación Curricular Documentada se basará estrictamente en la información registrada en esta Ficha Curricular, cuya acreditación documental obligatoria deberá ser presentada para la Evaluación Curricular Documentada y no podrá ser utilizada para mejorar lo indicado en el presente formulario.

Se le recuerda que cualquier dato consignado en esta Ficha Curricular que no esté documentado o que resultara falso o equivocado o haya omitido, ANULARÁ su condición de postulante, por ende no podrá continuar con el proceso de selección y el comité de selección de la Unidad Ejecutora 407 Salud San Ignacio se reserva de las acciones legales que crea conveniente.

**A. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento: (Dd/Mm/Aaaa)	
Lugar de Nacimiento: Dpto. / Prov. / Distrito	
N° de DNI o Carne de Extranjería	
N° de RUC	
Estado Civil	
Domicilio Actual	
Departamento / Provincia / Distrito	
N° de Teléfono Fijo / Móvil (*)	
Correo Electrónico (*)	

(\*) Consigne correctamente su número telefónico y dirección de correo electrónico, la entidad utilizará tales medios para comunicarse con usted. (información indispensable para la Entrevista Personal)

**B. MARCAR CON UNA "X", SEGÚN CORRESPONDA:**

1 He realizado el SERUMS o su equivalente	<input type="checkbox"/>	6 Tengo Colegiatura	<input type="checkbox"/>
2 Tengo Registro de Médico Auditor	<input type="checkbox"/>	7 Tengo Habilitación	<input type="checkbox"/>
3 Tengo Licencia para Conducir Categoría A-II (Vigente)	<input type="checkbox"/>	8 N° de Colegiatura	_____
4 Tengo Record de Conductor sin sanciones ni multas	<input type="checkbox"/>	9 Link de la Constancia de Habilitación del Colegio Profesional	_____
5 Tengo Certificación OSCE	<input type="checkbox"/>		

**C. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO**

FECHA DE EGRESO UNIVERSITARIO O INSTITUTO U OBTENCIÓN DEL GRADO DE BACHILLER (*)		
DÍA	MES	AÑO

TIPO DE FORMACIÓN / GRADO ACADÉMICO	FORMACIÓN ACADÉMICA (PROFESIÓN / CARRERA)	UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO / TÍTULO (**)
UNIVERSITARIA				
UNIVERSITARIA				
TÉCNICA				
TÉCNICA				
SECUNDARIA				
MAESTRÍA				
DOCTORADO				

(\*) IMPORTANTE: En caso de postular a un puesto que requiera formación técnica completa o universitaria completa, deberá declarar la fecha exacta de egreso o bachiller de la formación académica correspondiente para contabilizar los años de experiencia general y específica, de lo contrario se contabilizará desde la fecha de la Expedición del Título correspondiente.

(\*\*) De consignar en Nivel Alcanzado - EN CURSO - indicar el CICLO O SEMESTRE alcanzado en la celda de Fecha de Expedición del Grado / Título. Dejar los espacios en blanco para la formación académica que no aplique para el perfil.

**D. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN**

**Cursos:** Se deberá acreditar mediante un certificado, constancia u otro medio probatorio. Esto incluye cualquier modalidad de capacitación: cursos, talleres, seminarios, conferencias, entre otros. Para cualquiera de los casos, toda capacitación declarada deberá estar finalizada o culminada.  
**Programas de Especialización o Diplomados:** Serán con no menos de 90 horas. Deben acreditarse mediante un certificado, diploma u otro medio probatorio que dé cuenta de la aprobación del mismo. Los programas de especialización pueden ser desde 80 horas, si son organizados por disposición de un ente rector, en el marco de sus atribuciones normativas. Para cualquiera de los casos, todo programa, especialización o diplomado declarado deberá estar finalizada o culminada.

**D.1 CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)**

Nº	CURSOS, TALLERES, SEMINARIOS, CONFERENCIAS, ENTRE OTROS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS / CRÉDITOS
1				
2				
3				
4				
5				

**D.2 ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)**

Nº	ESPECIALIZACIÓN Y/O PROGRAMA Y/O DIPLOMADOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS / CRÉDITOS
1				
2				
3				
4				
5				

**E. CONOCIMIENTO PARA EL PUESTO****E.1 INFORMÁTICA E IDIOMAS**

Nº	PROGRAMA (Word, Excel, Power Point, otros)	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO
1			
2			
3			

IDIOMA	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO

**F. EXPERIENCIA**

Cada experiencia (General y Específica) que se consigne deberá de ser registrada tal como lo indica el documento que sustente dicho fin (Certificado, Constancia, Boleta de Pago, Resolución, Orden de Servicio u otros) en el cual se debe observar claramente el **Cargo Desempeñado, Fecha de Inicio y Fin.**

En relación a la contabilización del tiempo de experiencia (General y Específica), si el postulante desempeñó simultáneamente dos o más puestos y/o cargos en una misma institución dentro de un mismo periodo de tiempo, **solo se considerará uno de aquellos.** Asimismo si el postulante laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, **solo se considerará uno de aquellos.**

**F.1 EXPERIENCIA GENERAL**

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA GENERAL							AÑOS	MES	DÍAS
							0	0	0

**F.2 EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

Experiencia asociada a la función y/o materia del puesto. (Registrar sólo las experiencias laborales relacionadas al puesto).

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL		
							AÑOS	MES	DÍAS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
<b>TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA ESPECÍFICA</b>							<b>AÑOS</b>	<b>MES</b>	<b>DÍAS</b>
							0	0	0

**G. DECLARACIONES: DEBE CONSIGNAR MARCANDO CON UN ASPA (X)**

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS	SI	NO
Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el caso marque "SI" indicar:

N° Carnet de Licenciatura de la Fuerza Armada \_\_\_\_\_

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO
Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la LEY N° 27050, CONADIS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el caso marque "SI" indicar:

N° Código de CONADIS \_\_\_\_\_

DEPORTISTA CALIFICADO DE ALTO NIVEL	SI	NO
Soy Deportista Calificados de Alto Nivel, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la Ley N° 27674 y su reglamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el caso marque "SI" indicar:

Documento oficial emitido por Instituto Peruano del Deporte - IPD \_\_\_\_\_

**DECLARO haber revisado las bases del concurso y los criterios de evaluación que se encuentran en la página WEB de la Unidad Ejecutora 407 Salud San Ignacio y acepto las condiciones de postulación. Asimismo DECLARO que la información proporcionada es veraz y cuento con los documentos que sustentatorios, en caso sea necesario, autorizo su investigación. De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa, acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante

DNI: .....