



ANEXO N° 01  
FORMATO FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV)

N° DE PROCESO:

NOMBRE DEL PUESTO:

I. **DATOS PERSONALES:**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

día/mes/año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

N° BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle

N°

Dpto.

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N° :

HABILITACIÓN: SI

NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

SECIGRA (SI APLICA) : SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA.



## II. **FORMACIÓN ACADÉMICA:**

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

Nivel alcanzado (1) Título (1)	Nombre de la Profesión/ Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaaa)
Doctorado					
Maestría					
Título Universitario					
Bachillerato					
Egresado de Estudios Universitarios					
Título Técnico					
Egresado de Estudios Técnicos					
Secundaria					

### **Nota:**

(1) Dejar en blanco aquellos que no apliquen.

(2) Si no tiene título especificar si está en trámite, es egresado o aún está cursando estudios (OBLIGATORIO)

## **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

Otro Tipo de estudios	Nombre de la Especialidad o curso u otros	Institución /universidad o centro de estudios	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título, constancia o certificado (mes/año (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Informática					
Idiomas					

## III. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico (PRESTACIONES DE SERVICIOS EN UNIDADES EJECUTORAS DEL Pliego 011 Ministerio de Salud, unidades ejecutoras de los gobiernos regionales, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica. No se consideran la prestación de servicio realizado en Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL CENTRAL DE MAJES



Nº	Nombre de la Unidad Ejecutora	Cargo	Área/oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1						
2						
3						
4						
Total						

**Nota:** Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

**Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso.**

Marcar con un aspa según corresponda:

SI

NO

Pedregal,..... del 2022

**HUELLA DIGITAL  
(Índice Derecho)**

\_\_\_\_\_  
Firma  
DNI/CE: \_\_\_\_\_