

ANEXO N° 04  
FORMATO FICHA DE CURRÍCULUM VITAE (CV)

N° DE PROCESO DE REASIGNACIÓN:

NOMBRE DEL PUESTO:

I. DATOS PERSONALES:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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.



E. REGALADO G.



A. CASTRO

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<br>(1) Título<br>(1) | Nombre de la Profesión/<br>Especialidad | Universidad,<br>Instituto o<br>Colegio | Ciudad<br>/ País | Estudios<br>Realizados<br>desde / hasta<br>(mes/año) | Fecha de<br>Extensión del<br>Título(2)<br>(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                  |                                           |                                               |               |                                                           |                                                                            |
| Idiomas                      |                                           |                                               |               |                                                           |                                                                            |



III. **EXPERIENCIA LABORAL:**

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral 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 Neoplásicas. No se consideran las prestaciones de servicio realizado en el Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.



| 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 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

☐

..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma

