



PERÚ

Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**ANEXO N° 04**  
**FICHA DE RESUMEN CURRICULAR**

Nº 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:

Nº BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:

Avenida/Calle

Nº

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 



PERÚ

Ministerio  
de SaludBicentenario  
de la Independencia  
y de la Revolución PeruanaHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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

#### **II. PERSONA CON DISCAPACIDAD:**

El/la participante es discapacitado/a:

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o el Certificado de Discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual se acredite su condición.

#### **III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS:**

El/la participante es licenciado/a de las fuerzas armadas:

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de licenciado.

#### **IV. DEPORTISTAS DE ALTO NIVEL:**

El/la participante es Deportista de Alto nivel:

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.

#### **V. 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)





PERÚ

Ministerio  
de SaludVicaría de Gestión  
de Recursos y  
Asignamiento en SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**  
**"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**

#### 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					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Cursos y/o capacitación					
Informática					
Informática					
Idiomas					
Idiomas					

#### SPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:

Idioma 1: Idioma 2: Nivel  
Idioma 1: Nivel  
Idioma 2: 

#### VI. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL:

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.



www.hcllh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 – S/N  
Puente Piedra - Lima, Perú  
T(511) 548-2010  
Anexo: 110

BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio  
de SaludMinisterio de  
Salud Pública y  
Promoción de la SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo (Puesto) y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo(años, meses y días)
1					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ), Otro(  )

Nº	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/ año)	Tiempo en el cargo(años, meses días)
2					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ), Otro(  )

Nº	Nombre De La Entidad o Empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/ año)	Tiempo en el cargo(años, meses días)
3					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública (  ), Privada (  ), ONG (  ), Organismo Internacional (  ), Otro(  )

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/ año)	Tiempo en el cargo(años, meses días)
4					

Breve descripción de la función desempeñada:





PERÚ

Ministerio  
de SaludVice Ministerio  
de Gestión y  
Aseguramiento en SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoy

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Marcar con aspa según corresponda:

Pública () , Privada () , ONG () , Organismo Internacional () , Otro(  ) \_\_\_\_\_

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo y Área/Oficina	Fecha de inicio (día/mes/año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses días)
5					

Breve descripción de la función desempeñada:

Marcar con aspa según corresponda:

Pública () , Privada () , ONG () , Organismo Internacional () , Otro(  ) \_\_\_\_\_Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)	Tiempo Total (años, meses, días)
Experiencia Laboral General	En el Sector Público:  En total (Sector Público y/o Privado)
Experiencia Laboral Específica	En el Sector Público:  En total (Sector Público y/o Privado)

Nota: Considerar desde egresado y según el detalle de lo registrado en el detalle de la experiencia laboral y/o profesional.

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

Marcar con un aspa según corresponda:

SI

NO

## VI. REFERENCIAS LABORALES

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo trabajando.



Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de jefe inmediato o persona que refiere	Teléfono actual
1				
2				
3				

....., de..... del 20 .....

Firma

