



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 de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

## ANEXO N° 04

### FICHA DE RESUMEN CURRICULAR

**Nº DE PROCESO:****NOMBRE DEL PUESTO:****I. DATOS PERSONALES:**

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

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

<b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:</b>	<input type="text"/> Lugar	<input type="text"/> 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 SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**  
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

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.

**2.1 Requiere Ajustes Razonables (Art. 50, Ley N°29973):**

SI

NO

Si la respuesta es afirmativa, especifique que tipo de ajuste razonable requiere:

---

**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/AAA)
Doctorado					
Maestría					
Título Universitario					
Bachillerato					
Egresado de Estudios Universitarios					
Titulo Técnico					
Egresado de Estudios Técnicos					



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 de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

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					
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					

**ESPECIFICAR 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:



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 de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Nº	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 SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludHospital  
Carlos Lanfranco La Hoz

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**  
**"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"**

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)
<b>Experiencia Laboral General</b>	En el Sector Público:	
	<b>En total (Sector Público y/o Privado)</b>	
<b>Experiencia Laboral Específica</b>	En el Sector Público:	
	<b>En total (Sector Público y/o Privado)</b>	

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

## VII. 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 2025.

**Firma**