



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

ANEXO N°03

FICHA DE PRESENTACIÓN DEL POSTULANTE

Señores

Comisión del Proceso de Selección para la Contratación Administrativa de Servicios CAS N°003-2023-HCLLH-MINSA - Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Presente.-

Yo, _____

identificado (a) con DNI N° _____, mediante la presente le solicito se me considere

para participar en el Proceso CAS N° 003-2023-HCLLH-MINSA – Código del Puesto N° _____,

convocatoria por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a fin de acceder al puesto de _____
de la Unid.Org. _____.

Por ello, declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado, y que adjunto a la presente la correspondiente Ficha de Resumen Curricular (Anexo N° 04), copia de DNI, Declaración Jurada de Postulación (Anexo N° 05).

Lima, _____ de _____ del 202__

Firma del Postulante

Indicar marcando con un aspa (x):

Condición de Discapacidad:

Adjunta Certificado de Discapacidad

SI

NO

Tipo de Discapacidad:

Física

Auditiva

Visual

Mental

Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE

Licenciado de las Fuerzas Armadas

SI

NO

ANEXO
Nº 04FICHA DE RESUMEN CURRICULAR
DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

Codigo Formulario

DATOS LABORALES

CÓDIGO DEL PUESTO	NOMBRE DEL PUESTO	ÓRGANO / UNIDAD ORGANICA

DATOS PERSONALES

Documento Identidad		APELLIDOS Y NOMBRES		GÉNERO	
DNI	Carnet Extranjería			M	F
DIRECCIÓN			DISTRITO		
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	REFERENCIA DIRECCIÓN			
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	LUGAR DE NACIMIENTO (Distrito / Provincia / Departamento)		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		
ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	RUC	Nº BREVETE (SI APLICA)		
TELÉFONO DOMICILIO	TELÉFONO CELULAR 1	TELÉFONO CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNO		

CONADIS	Nº Carnet / Código	FUERZAS ARMADAS	Nº Carnet / Código
DEPORTISTA CALIFICADO ALTO NIVEL	Documento que acredite		
ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA (AJUSTE RAZONABLE), DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:			

SERUMS	Nº Resolución	Fecha de Resolución	Lugar
--------	---------------	---------------------	-------

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO:
(AA años y MM meses)
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO:
(AA años y MM meses)

FORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel educativo	Grado académico obtenido	Nombre de la Carrera, Maestría/Doctorado	Año		Centro de estudios
			Desde	Hasta	
Primaria					
Secundaria					
Técnica básica (1 a 2 años)					
Técnica superior (3 a 4 años)					
Universitario					
Título de Segunda Especialidad					
Maestría					
Doctorado					
Otros (Especificar)					

COLEGIATURA

Colegio Profesional:	Número de colegiatura:	Fecha de Colegiatura
----------------------	------------------------	----------------------

Condición a la fecha:	¿Habilitado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Inhabilitado?	<input type="checkbox"/>	Motivo:
-----------------------	--------------	---	----------------	--------------------------	---------

Nº de Registro de Especialista	Fecha de Registro
--------------------------------	-------------------

IDIOMAS Y/O DIALECTOS

OFIMÁTICA

(procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentaciones, otros) :

Idioma/dialecto	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)			Conocimiento	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado		Básico	Intermedio	Avanzado

ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

(Curso, Diplomado, Programa de Especialización)

Tipo de Estudio	Nombre del Curso / Diplomado / Programa de Especialización	Periodo de Estudios (Fecha o AAAA/MM)		Horas	Centro de estudios
		Inicio	Fin		

EXPERIENCIA LABORAL

(Completar desde el último trabajo o trabajo actual)

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales

Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales				
Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales				
Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Empresa / Institución	Sector / Giro del Negocio	Puesto/Cargo	Desde (MM/AAAA)	Hasta (MM/AAAA)

Referencias Laborales				
Nombre del Jefe Directo	Puesto/Cargo	Teléfono	Motivo de Cambio	Remuneración Fija Mensual (bruta)

Funciones Principales				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Declaro que la información proporcionada respecto a lo requerido por el perfil del puesto es verdadera y podrá ser verificada por la entidad.

Fecha:

Firma de Postulante