SOLO PARA GANADORES DE PLAZA

CAS

(Tamaño carnet)

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 1****FICHA DE POSTULACION****(FORMATO DE HOJA DE VIDA)** |

**CODIGO DE CONVOCATORIA:**

**CARGO A POSTULAR :**

**La información contenida en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.**

|  |
| --- |
| En los siguientes formatos complete la información requerida de acuerdo a lo indicado en la Convocatoria para la Contratación Administrativa de Servicios (CAS) al que postula. Verifique que la información proporcionada esté debidamente llenada para que su inscripción sea válida. |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 |
| **APELLIDOS COMPLETOS** |  |
| **NOMBRES COMPLETOS** |  |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI)**  |  |
| **ESTADO CIVIL** |  |
| **NUMERO DE R.U.C.** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)** |  |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** |  |
| **DIRECCIÓN DE DOMICILIO ACTUAL** |  |
| **DISTRITO** |  |
| **PROVINCIA Y DEPARTAMENTO** |  |
| **TELÉFONO DE CASA** (u otro de referencia) |  (incluir código de ciudad) |
| **Teléfono Celular** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Establecimiento de Salud, Gerencia, Unidad, Oficina donde postula** |  |
|  |
| 1. **INFORMACION COMPLEMENTARIA**
 |
| **2.1 CONDICIÓN DEL POSTULANTE** |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **SI** |  | **NO** |  |
| **NUMERO DE INSCRIPCION (CONADIS)** | **N°** |  |
| **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **SI** |  | **NO** |  |
| 1. **DOCUMENTACION REQUERIDA POR EL PERFIL DE SERVICIO**

Registrar los datos según corresponda y dejar en blanco aquellos que no aplique. Adjuntar copia simple (legible) de los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos señalados en los Términos de referencia. (En caso se necesite más espacio/filas para sustentar lo requerido, adjuntar hoja adicional respetando el mismo formato) |

* 1. **FORMACION REQUERIDA: FORMACION ACADEMICA, GRADO ACADEMICO Y/O NIVELDE ESTUDIO.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN** | **GRADO O NIVEL ACADÉMICO** | **PROFESIÓN O ESPECIALIDAD** | **MES O AÑOS DE ESTUDIOS****(Solo Referencial)** | **Fecha de Emisión del documento** | **FOLIO [[1]](#footnote-1)****N°** |
| **DESDE** | **HASTA** |
| **ESTUDIOS PRIMARIOS** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS SECUNDARIOS** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TITULO TECNICO** |  |  |  |  |  |  |  |
| **BACHILLER** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TITULO PROFESIONAL** |  |  |  |  |  |  |  |
| **POSTGRADO O DIPLOMADO** |  |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRÍA** |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |  |

\*si aún no tiene título, en la columna (fecha emisión…) especificar si está en trámite, egresado o aun cursando estudios.

* 1. **INFORMACIÓN RESPECTO A LA COLEGIATURA** (Adjuntar sólo si es requisito exigido en la convocatoria).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIPLOMA DE COLEGIATURA** | **COLEGIO PROFESIONAL** | **FECHA DE EMISION** | **FOLIO N°** |
| **SI ( ) NO ( )** |  |  / / |  |
| Ej. Colégio Medico del Perú |
| **CONSTANCIA HABILITACION PROFESIONAL** | **VIGENTE HASTA EL** | **FOLIO****N°** |
| **SI ( ) NO ( )** | **NRO. DE COLEGIATURA:** |  / / |  |

* 1. **CONDICION DEL POSTULANTE** (Si lo acredita con la documentación respectiva indicar el número de folio).

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONA CON DISCAPACIDAD** | **FOLIO** **N°** |
| En aplicación a lo establecido por el artículo 48°, 76° y 78° de la Ley N° 29973, Ley General de Personas con Discapacidad. (De presentar discapacidad, acreditarlo con la respectiva certificación)**.** |  |
| **LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS** | **FOLIO** **N°** |
| De conformidad con la Ley N° 29248 y su reglamento. Recordado por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 107-2011-SERVIR/PE, en la que refiere que de ser Licenciado, deberá acreditarlo documentalmente. |  |

* 1. **CAPACITACIÓN RECIBIDA:**(Adjuntar la documentación de acuerdo a los requisitos exigidos en la convocatoria y presentarlo de manera ordenada del más reciente al más antiguo).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION (Relacionado al puesto que postula)** | **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA FIN (DD/MM/AA** | **INSTITUCION** | **TOTAL HRS** | **FOLIO N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

* 1. **EXPERIENCIA LABORAL Y DE PRESTACION DE SERVICIO EN GENERAL:**
* Según corresponda, adjuntar la documentación (constancias, certificados, contratos de trabajo de acuerdo a los requisitos exigidos en la convocatoria, que acredite haber prestado servicios por el periodo que se indica. (Presentarlo de manera legible y ordenada del más reciente al más antiguo), debiendo estar foliado y firmado.

**EXPERIENCIA LABORAL – GENERAL \***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** |  |  |  |  |  |  |
| **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA FIN (DD/MM/AA)** | **TIEMPO TOTAL** | **REMUN. MENSUAL** | **MOTIVO DE CESE** | **FOLIO N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Toda la experiencia laboral aunque no tenga relación directa con el objeto del servicio. Se detallará la experiencia laboral y de prestación de servicios en general tanto en el sector público como en el sector privado (comenzar por la más reciente). Sólo se considerara el tiempo acreditado con la correspondiente documentación.

\* Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral general. Deberá ser llenado obligatoriamente en la presentación Curriculum documentado.

**EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA**

Es la experiencia que el postulante posee en el tema específico de la convocatoria. Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican, con una duración mayor a un mes.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** |  |  |  |  |  |
| **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA FIN (DD/MM/AA)** | **TIEMPO TOTAL** | **MOTIVO DE CESE** | **FOLIO N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado:  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** |  |  |  |  |  |
| **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA FIN (DD/MM/AA)** | **TIEMPO TOTAL** | **MOTIVO DE CESE** | **FOLIO N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado:  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **CARGO** |  |  |  |  |  |
| **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA FIN (DD/MM/AA)** | **TIEMPO TOTAL** | **MOTIVO DE CESE** | **FOLIO N°** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Descripción detallada del trabajo realizado:  |

Especificar el número de folio donde obra el documento que acredite la experiencia laboral especifica. Deberá ser llenado obligatoriamente en la presentación del Curriculum documentado.

* 1. **REFERENCIAS LABORALES\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA DONDE PRESTO SERVICIOS** | **NOMBRE COMPLETO DEL SUPERIOR INMEDIATO** | **CARGO DE SUS SUPERIOR INMEDIATO** | **TELEFONOS DE LA ENTIDAD O EMPRESA** | **TELEFONO CELULAR DEL SUPERIOR INMEDIATO** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

\* Registre como mínimo las referencias de sus tres últimos empleos, de referencia las experiencias relacionadas al cargo.

**Declaro bajo juramento que la información que le he proporcionado en el presente Formato de hoja de vida, es veraz y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.**

…………………………………………..….………………….…………

**(Ciudad), (fecha) Firma**

1. [↑](#footnote-ref-1)