

**FORMATO N° 01**  
**FICHA DE RESUMEN CURRICULAR**

PROCESO CAS N°

**1. DATOS PERSONALES**

PUESTO AL QUE POSTULA:

|  |  |
|--|--|
| DNI N°                                       |  |
| Apellidos y Nombres                          |  |
| Fecha de Nacimiento Dia/Mes/Año              |  |
| Dirección                                    |  |
| Distrito                                     |  |
| Estado Civil                                 |  |
| Teléfono celular                             |  |
| Teléfono fijo                                |  |
| Correo electrónico                           |  |
| Medio por el cual se enteró del proceso CAS. |  |

**2. FORMACIÓN ACADÉMICA**

|  | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | NIVEL ALCANZADO | PROFESIÓN O ESPECIALIDAD | MES/AÑO |       | Años de estudios | Que documento tiene que sustente lo señalado | (*) N° de Folio PARA SER LLENADO EN LA ETAPA DE LA EVALUACION CURRICULAR |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------|-------|------------------|--|--|
|  |                          |                 |                          | DESDE   | HASTA |                  |  |  |
| FORMACIÓN UNIVERSITARIA  |                          |                 |                          | /       | /     |                  |  |  |
| MAESTRÍA   |                          |                 |                          | /       | /     |                  |  |  |
| OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías) |                          |                 |                          | /       | /     |                  |  |  |
| OTROS ESTUDIOS (Otras profesiones, Especialidades y/o Maestrías) |                          |                 |                          | /       | /     |                  |  |  |

**3. ESTUDIOS RELACIONADOS A ESPECIALIZACIONES O DIPLOMADOS ( RELACIONADO A LOS TERMINOS DE REFERENCIA).**

| NOMBRE DEL DIPLOMADO | CONDICIÓN | INSTITUCIÓN | AÑO QUE REALIZÓ EL DIPLOMADO | HORAS LECTIVAS DE DURACIÓN DEL DIPLOMADO | Que documento tiene Ud. que sustente lo señalado | (*) N° de Folio |
|----------------------|-----------|-------------|------------------------------|--|--|-----------------|
|                      |           |             |                              |  |  |                 |
|                      |           |             |                              |  |  |                 |
|                      |           |             |                              |  |  |                 |

| OTROS DATOS                   |  |
|-------------------------------|--|
| Se encuentra Usted Colegiado  |  |
| se encuentra Usted Habilitado |  |

|  |  |
|--|--|
| Es Ud. Una Persona con Discapacidad      |  |
| Ud. Es Licenciado de las Fuerzas Armadas |  |

| CAPACITACIONES COMPLEMENTARIAS (ACORDE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS MINIMOS)                            |       |                    |  |                 |
|---|-------|--------------------|--|-----------------|
| CURSOS (Seminarios, Computación, Ingles considere agregar el nivel alcanzado, acorde a los requisitos del perfil) | NIVEL | TIEMPO DE ESTUDIOS | Que documento tiene que sustente lo señalado | (*) N° de Folio |
| INGLES  |       |                    |  |                 |
| Computación   |       |                    |  |                 |

| CURSOS (Seminario, Congresos, Talleres acordes a los requisitos del perfil) | INSTITUCIÓN | TIEMPO DE ESTUDIOS EN HORAS | Que documento tiene que sustente lo señalado | (*) N° de Folio |
|---|-------------|-----------------------------|--|-----------------|
|   |             |                             |  |                 |
|   |             |                             |  |                 |
|   |             |                             |  |                 |
|   |             |                             |  |                 |
|   |             |                             |  |                 |
|   |             |                             |  |                 |

**4. EXPERIENCIA LABORAL (COMPLETAR CON AQUELLOS PUESTOS DE TRABAJO AFINES A LAS FUNCIONES DEL SERVICIO SOLICITADO, INICIANDO POR LA EXPERIENCIA MÁS RECIENTE).**

| EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN | UNIDAD ORGÁNICA / ÁREA | SECTOR | CARGO / NOMBRE DE LA FUNCIÓN | DESCRIPCIONES DE LAS FUNCIONES PRINCIPALES RELACIONAS AL PUESTO QUE POSTULA | FECHA DE INICIO D/M/A | FECHA DE TERMINO D/M/A | AÑOS/MESES/DIAS DE EXPERIENCIA | Que documento tiene que sustente lo señalado | Motivo de retiro | N° de Folio |
|-------------------------|------------------------|--------|------------------------------|---|-----------------------|------------------------|--------------------------------|--|------------------|-------------|
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        |                                |  |                  |             |
|                         |                        |        |                              |   |                       |                        | TOTAL DE AÑOS DE EXPERIENCIA   | 0  |                  |             |

FECHA:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERAZ Y ASUMO LAS RESPONSABILIDADES Y CONSECUENCIAS LEGALES QUE ELLO PRODUZCA.