

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO N° 02

FICHA RESUMEN

N.º DE CONVOCATORIA:-2025-HSR

CARGO QUE POSTULA: CODIGO DEL CARGO:

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Lugar Día /mes /año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

DIRECCIÓN:

CIUDAD: Avenida/Calle N° Dpto.

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO N°: HABILITACION: SI NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA): SI NO N° RESOLUCION:

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD El postulante es discapacitado:

SI NO N° REGISTRO:

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa RosaHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, cercanía y experiencia a su servicio

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

cual se acredite su condición.

III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS El postulante es licenciado 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. 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).

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)	Nº Folio
Doctorado						
Maestría						
Título						
Bachillerato						
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)

CAPACITACIONES

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)	Nº Horas	Nº Folio
Segunda 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 PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1:

Idioma 2:

☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Regular

☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ Regular

☐ HABLA
☐ LEE
☐ ESCRIBE

☐ HABLA
☐ LEE
☐ ESCRIBE

V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

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

Nº (1)	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo	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	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()



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa RosaHOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidad, creatividad y experiencia al servicio

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Nº	Nombre De La Entidad O Empresa	Cargo	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	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:

Marcar con aspa según corresponda:

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

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo	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**VI. REFERENCIAS PERSONALES**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas instituciones



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa Rosa



HOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

Calidez, ciencia y experiencia a tu servicio

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

donde estuvo trabajando.

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				



Lima.....de del 2025.



Firma del Postulante
DNI N° _____

