

FE DE ERRATAS

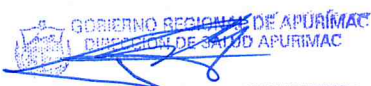
DEL PROCESO CAS N°02-2023 DISA APURIMAC II ANDAHUAYLAS

En la oficina de la Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos siendo las 15 horas del día 14 de noviembre del 2023 se reúne el COMITÉ DE PROCESO DE SELECCIÓN DEL PERSONAL PARA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA DE SERVICIOS (CAS) DE PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCIÓN DISA APURÍMAC II ANDAHUAYLAS, correspondiente al REGIMEN LABORAL 1057, con el fin de corregir el error de digitación en el proceso CAS N° 02 -2023- DISA APURIMAC II ANDAHUAYLAS

1. CICE: ACTA DE FE DE ERRATAS:
IX.DOCUMENTACION A PRESENTAR:
b)Resumen de curriculum vitae.
N° 01
1. DEBE DECIR:
IX.DOCUMENTACION A PRESENTAR:
b)Ficha resumen (Anexo).

Se adjunta Anexo5.


Sin más puntos a tratar siendo las 17 horas del mismo día firman los miembros del comité la culminación de la reunión.



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Obst. Rudy Huamani Velazque
COMITE DE EVALUACIÓN
PRESIDENTE



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Abog. Jhonatan Canstaya Hono
COMITE DE EVALUACIÓN
SECRETARIO



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
Abog. Iber Rodriguez Vasquez
COMITE DE EVALUACIÓN
MIEMBRO



Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



ANEXO Nº 05

FORMULARIO DE CURRÍCULUM VITAE

Nº DE PROCESO:

NOMBRE DEL PUESTO:

I. DATOS PERSONALES:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

Lugar

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 Nº :

BILITACIÓN: SI

NO

LUGAR DEL REGISTRO:

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Obst. Rudy Hiramani Velazque
COMITÉ DE EVALUACIÓN
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Abog. Jhoanatan Cansavari Robto
COMITÉ DE EVALUACIÓN
SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
Abog. Jhoanatan Cansavari Robto
COMITÉ DE EVALUACIÓN
MIEMBRO





Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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

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.

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

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/aaaa)
Doctorado					
Maestría					
Título Universitario					

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Dra. Rudy Huamani Velazquez
COMITÉ DE EVALUACIÓN
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Abog. Jhonatan Cansayo Woro
COMITÉ DE EVALUACIÓN
SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
Abog. Abel Rodríguez Vásquez
COMITÉ DE EVALUACIÓN
MIEMBRO





Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



Bachillerato					
Egresado de Estudios Universitarios					
Título Técnico					
Egresado de 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)

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					

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
COMITÉ DE EVALUACIÓN
PRESIDENTE
Obst. Rudy Huamani Velazquez

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
COMITÉ DE EVALUACIÓN
SECRETARIO
Abog. Jonathan Cansani Romo

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
COMITÉ DE EVALUACIÓN
MIEMBRO
Abog. Eiler Rodríguez Quiroz





Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:

Idioma 1:

Idioma 2:

Nivel

Nivel

Idioma 1:

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.

Nº (1)	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)

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Obst. Rudy Huamani Velazque
COMITÉ DE EVALUACIÓN
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
Abog. Jhonatan Cansado Hono
COMITÉ DE EVALUACIÓN
SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
Abog. Eber Rodríguez Vásquez
COMITÉ DE EVALUACIÓN
MIEMBRO





Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



3					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (<input type="checkbox"/>), Privada (<input type="checkbox"/>), ONG (<input type="checkbox"/>), Organismo Internacional (<input type="checkbox"/>), Otro(<input type="checkbox"/>) _____					
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:					
Marcar con aspa según corresponda: Pública (<input type="checkbox"/>), Privada (<input type="checkbox"/>), ONG (<input type="checkbox"/>), Organismo Internacional (<input type="checkbox"/>), Otro(<input type="checkbox"/>) _____					
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 (<input type="checkbox"/>), Privada (<input type="checkbox"/>), ONG (<input type="checkbox"/>), Organismo Internacional (<input type="checkbox"/>), Otro(<input type="checkbox"/>) _____					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

Experiencia (Registrar el tiempo total de experiencia general y específica)		Tiempo Total (años, meses, días)
Experiencia Laboral General	En el Sector Público:	
	En total (Sector Público y/o Privado)	
Experiencia Laboral Específica	En el Sector Público:	
	En total (Sector Público y/o Privado)	



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
 DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
 Obst. Rudy Humari Velazquez
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
 DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
 Abog. Ibonnatan Caima Hono
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 SECRETARIO

DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
 Abog. Eberth Vargas Vásquez
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 MIEMBRO



Gobierno Regional de Apurímac

Dirección de Salud Apurímac II

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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

VI. 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				

..... del 20

Firma

DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
 Obst. Rudy Huamani Velazquez
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
 DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC
 Abog. Jhonnatan Carasaña Hano
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 SECRETARIO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
 DIRECCIÓN DE SALUD APURÍMAC II
 Abog. Eber Rodríguez Vásquez
 COMITÉ DE EVALUACIÓN
 MIEMBRO

