



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

“AÑO DE LA UNIÓN NACIONAL FRENTE A LA CRISIS EXTERNA”

FORMULARIO ESTANDAR

CONSULTORIA A LA CUAL POSTULA

--

CODIGO DE LA CONSULTORIA

--

MEDIO POR EL CUAL SE ENTERÓ DE LA CONVOCATORIA

Web PARSALUD Aviso en el Periódico: Bolsa de Trabajo: Otros: _____

CURRICULUM VITAE

I. DATOS PERSONALES

Nombre			
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Nacionalidad		Documento de Identidad	
---------------------	--	-------------------------------	--

Dirección					
	Av/ Jr/Calle/Pasaje	N°	Dpto.	Distrito	Ciudad

Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
RUC		Correo Electrónico	

Profesión					
Colegio Profesional		Registro N°		Ciudad	



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

“AÑO DE LA UNIÓN NACIONAL FRENTE A LA CRISIS EXTERNA”

II. FORMACIÓN ACADEMICA

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa.

Estudios Realizados o Especialidad	Expedición del Título o grado (Mes/Año)	Entidad Educativa	Ciudad/ País
Doctorado			
Maestría			
Licenciatura			
Bachillerato			
Otros Estudios de Especialización			

Precisar la fecha de egreso de los estudios universitarios:/..../....

III. HABILIDADES INFORMATICAS

No.	Software	Alto	Medio	Bajo
1				
2				
3				
4				



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

“AÑO DE LA UNIÓN NACIONAL FRENTE A LA CRISIS EXTERNA”

IV. EXPERIENCIA DEL CONSULTOR

IV.1 EXPERIENCIA PROFESIONAL GENERAL

Se considera la experiencia obtenida desde la fecha de egresado.

Experiencia profesional acumulada que se califica _____ años _____ meses

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo o Función Desempeñados	Inicio (Mes/Año)	Término (Mes/Año)	Tiempo
1					
2					
3					
4					
5					

Se recomienda hacer una breve descripción de las funciones desempeñadas

IV.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL ESPECÍFICA

En la presente sección el candidato deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, SOLO LAS FUNCIONES/TAREAS CUMPLIDAS EN CADA UNA DE LAS AREAS QUE SERÁN CALIFICADAS. En caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, utilizar más de una línea, mencionar cuales y completar los datos respectivos.

Experiencia profesional acumulada que se califica _____ años _____ meses

N°	Nombre de la Entidad o Empresa	Cargo o Función Desempeñados	Inicio (Mes/Año)	Término (Mes/Año)	Tiempo
1					
2					
3					
4					
5					



PERÚ

Ministerio
de Salud

Programa de Apoyo
a la Reforma del Sector Salud
PARSALUD II

“AÑO DE LA UNIÓN NACIONAL FRENTE A LA CRISIS EXTERNA”

V. REFERENCIAS

No.	Referencia	Profesión	Centro Laboral	Teléfono
1				
2				
3				
4				

Declaro que la información proporcionada es veraz y, en caso necesario, autorizo su investigación. De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan. La atribución de puntaje a los proponentes se basará estrictamente sobre la información registrada en los presentes formularios. Todo respaldo adicional servirá para validar dicha información y nunca podrá servir para mejorar la experiencia indicada en el presente formulario.

Firma del Postulante		Fecha	/ /
-----------------------------	--	--------------	-----

Importante:

1. Siga las instrucciones para un correcto llenado del presente Formulario.
2. En el cuadro II, en Estudios Realizados o Especialidad, si usted estudió, culminó, y obtuvo el grado deberá colocar por ejemplo: “Maestría en Administración” (también puede colocar: Estudios de Maestría, o Estudios de Maestría Concluida). Son válidos en este Cuadro: Estudios de Pregrado, Bachillerato, Licenciatura, Diplomado, Maestría y Doctorado.
3. En los cuadros IV, intente resumir las funciones desempeñadas, que se relacionen con lo que está evaluando. En caso de considerarlo necesario, adjunte una hoja adicional con las funciones realizadas.
4. Si usted fuera seleccionado, será requisito para la suscripción del contrato, que presente la siguiente documentación:
 - a. Copia de su Documento de Identidad (DNI o Carnet de Extranjería)
 - b. Copia de su Registro Único de Contribuyentes (RUC)
 - c. Copia de la documentación que sustente lo declarado en los Cuadros II y IV