

Fecha: 

DÍA	MES	AÑO

## FICHA CURRICULAR

**PROCESO DE CONVOCATORIA PARA ELECCIÓN DE GERENTE N° 001/A-CLAS HUARANGO - 2026**

**Nombre del Puesto**  
**ASOCIACIÓN CLAS**

<b>GERENTE</b>
<b>HUARANGO</b>

**NOTA:** La información contenida en la presente Ficha de Postulación tiene carácter de Declaración Jurada, para lo cual la Asociación CLAS tomará en cuenta la información en ella consignada. La Asociación CLAS se reserva el derecho de llevar a cabo la verificación correspondiente de los documentos presentados en copia. La Evaluación Curricular se basará estrictamente en la información registrada en esta Ficha Curricular, cuya acreditación documental obligatoria deberá ser presentada para la Etapa de la Entrevista y no podrá ser utilizada para mejorar lo indicado en el presente formulario. Se le recuerda que cualquier dato consignado en esta Ficha Curricular que no esté documentado o que resultara falso o equivocado o haya omitido, ANULARÁ su condición de postulante, por ende no podrá continuar con el proceso de selección y la Asociación CLAS se reserva de las acciones legales que crea conveniente.

### A. DATOS PERSONALES

<b>Apellidos y Nombres</b>	
<b>Nacionalidad</b>	
<b>Fecha de Nacimiento: (Dd/Mm/Aaaa)</b>	
<b>Lugar de Nacimiento: Dpto. / Prov. / Distrito</b>	
<b>N° de DNI o Carne de Extranjería</b>	
<b>N° de RUC</b>	
<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio Actual</b>	
<b>Dpto. / Prov. / Distrito</b>	
<b>N° de Teléfono Fijo / Móvil (*)</b>	
<b>Correo Electrónico (*)</b>	

\*Consigne correctamente su número telefónico y dirección de correo electrónico, pues en caso de requerirse, la entidad utilizará tales medios para comunicarse con usted.

### B. MARCAR CON UNA "X", SEGÚN CORRESPONDA: CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS OBLIGATORIOS

1 Ser profesional de la salud, colegiado y habilitado	<input type="checkbox"/>	6 No tener antecedentes penales ni judiciales en curso.	<input type="checkbox"/>
2 Contar con Resolución de término de SERUMS	<input type="checkbox"/>	7 No tener procesos judiciales en curso por delitos cometidos en agravio de las A-CLAS	<input type="checkbox"/>
3 Estudios en salud pública, gerencia, gestión en salud y/o otros equivalentes, debidamente acreditados.*	<input type="checkbox"/>	8 No haber desempeñado el cargo de Gerente en la misma A-CLAS en los 2 años previos a la convocatoria	<input type="checkbox"/>
4 Experiencia en gerencia o gestión en salud	<input type="checkbox"/>	9 Informe de evaluación aprobatoria por parte de la Asamblea General.**	<input type="checkbox"/>
5 No tener sanción disciplinaria vigente.	<input type="checkbox"/>	10 N° de Colegiatura	<input type="checkbox"/>

\*Excepcionalmente se podrá prescindir de este requisito cuando cumplido el plazo de convocatoria no existan postulantes que reúnan estos requisitos de estudios de especialización.

\*\*El Gerente que habiendo culminado su periodo de gerencia, que desee postular al cargo en otro A-CLAS, deberá presentar el informe de evaluación aprobatoria por parte de la Asamblea General

### C. FORMACIÓN ACADÉMICA, GRADO ACADÉMICO Y/O NIVEL DE ESTUDIO ALCANZADO

TIPO DE FORMACIÓN / GRADO ACADÉMICO	FORMACIÓN ACADÉMICA (PROFESIÓN / CARRERA)	UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL GRADO (*)	N° DE FOLIO
UNIVERSITARIA					
UNIVERSITARIA					
TECNICA					
SECUNDARIA					
MAESTRÍA					
DOCTORADO					
ESPECIALIDAD					

(\*) De consignar en Nivel Alcanzado - EN CURSO - indicar el **CICLO O SEMESTRE** alcanzado en la celda de Fecha de Expedición del Grado o Egreso

Dejar los espacios en blanco para a la formación académica que no aplique para el perfil.

## D. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

**Cursos:** Se deberá acreditar mediante un certificado, constancia u otro medio probatorio. Esto incluye cualquier modalidad de capacitación: cursos, talleres, seminarios, conferencias, entre otros. Para cualquiera de los casos, toda capacitación declarada deberá estar finalizada o culminada.

**Programas de Especialización o Diplomados:** Serán con no menos de 90 horas. Deben acreditarse mediante un certificado, diploma u otro medio probatorio que dé cuenta de la aprobación del mismo. Los programas de especialización pueden ser desde 80 horas, si son organizados por disposición de un ente rector, en el marco de sus atribuciones normativas. Para cualquiera de los casos, todo programa, especialización o diplomado declarado deberá estar finalizada o culminada.

### D.1 CURSOS, TALLERES Y/O SEMINARIOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

Nº	CURSOS, TALLERES, SEMINARIOS, CONFERENCIAS, ENTRE OTROS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS	Nº DE FOLIO
1					
2					
3					
4					
5					

### D.2 ESPECIALIZACIÓN Y/O DIPLOMADOS (Registrar sólo los relacionados al perfil del puesto)

Nº	ESPECIALIZACIÓN Y/O PROGRAMA Y/O DIPLOMADOS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	CENTRO DE ESTUDIOS	TOTAL DE HORAS	Nº DE FOLIO
1					
2					
3					
4					
5					

### D.3 INVESTIGACIÓN

Nº	TESIS / TRABAJO DE INVESTIGACIÓN / LIBROS / OTROS	NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO	PUBLICADO SI / NO	CONSTANCIA DE PUBLICACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN	Nº DE FOLIO
1						
2						
3						
4						
5						

## E. CONOCIMIENTO PARA EL PUESTO

### D.1 INFORMÁTICA E IDIOMAS

Nº	PROGRAMA (Word, Excel, Power Point, otros)	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	Nº DE FOLIO
1				
2				
3				

IDIOMA	CENTRO DE ESTUDIOS	NIVEL ALCANZADO	Nº DE FOLIO

## F. EXPERIENCIA

Cada experiencia (General y Especifica) que se consigne deberá de ser registrada tal como lo indica el documento que sustente dicho fin (Certificado, Constancia, Boleta de Pago, Resolución, Orden de Servicio u otros) en el cual se debe observar claramente el **Cargo Desempeñado**, **Fecha de Inicio y Fin**.

En relación a la contabilización del tiempo de experiencia, si el postulante desempeñó simultáneamente dos o más puestos y/o cargos en una misma institución dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará uno de aquellos. Asimismo si el postulante laboró simultáneamente en dos o más instituciones dentro de un mismo periodo de tiempo, solo se considerará uno de aquellos.

### F.1 EXPERIENCIA GENERAL

Nº	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL			Nº FOLIO
							AÑOS	MESES	DÍAS	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL GENERAL							AÑOS	MESES	DÍAS	
							0	0	0	

**F.1 EXPERIENCIA ESPECÍFICA**

Experiencia asociada a la función y/o materia del puesto. (Registrar sólo las experiencias laborales relacionadas al puesto).

N°	NOMBRE DE LA ENTIDAD O EMPRESA	PUESTO / CARGO	OFICINA / UNIDAD ORGANICA / DEPENDENCIA	SECTOR	FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE FIN (dd/mm/aaaa)	TIEMPO TOTAL			N° FOLIO
							AÑOS	MES	DÍAS	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

<b>TIEMPO TOTAL DE LA EXPERIENCIA LABORAL ESPECÍFICA</b>	<b>AÑOS</b>	<b>MES</b>	<b>DÍAS</b>
	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**G. DECLARACIONES: DEBE CONSIGNAR MARCANDO CON UN ASPA (X)**

PERSONAL LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS (MARQUE CON UN "X")	SI	NO	N° DE FOLIO
Soy Licenciado de las Fuerzas Armadas y cuento con la Certificación y/o documentación correspondiente.			

En el caso marque "SI" indicar:

N° Carnet de Licenciatura de la Fuerza Armada \_\_\_\_\_

PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI	NO	N° DE FOLIO
Soy una persona con Discapacidad, y cuento con la acreditación correspondiente de conformidad con lo establecido por la LEY N° 27050, CONADIS.			

En el caso marque "SI" indicar:

N° Código de CONADIS \_\_\_\_\_

**DECLARO** haber revisado las bases del concurso y los criterios de evaluación que se encuentran en la página WEB de la Red Integrada de Salud San Ignacio y acepto las condiciones de postulación. Asimismo **DECLARO** que la información proporcionada es veraz y en caso sea 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 y asumo las responsabilidades y consecuencias legales que ello produzca.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Postulante\***

DNI N°: \_\_\_\_\_