|  |
| --- |
| **FORMATO ESTÁNDAR DE HOJA DE VIDA** |

**I. DATOS PERSONALES.-**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\*)**

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar día mes año

**ESTADO CIVIL:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD (\*)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN (\*)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avenida/Calle/Jr. No. Dpto.

**URBANIZACIÓN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISTRITO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROVINCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFONO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CELULAR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COLEGIO PROFESIONAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO N°**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*): SÍ ( ) NO ( )**

**En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento sustentatorios, emitido por el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad – CONADIS.**

**LICENCIADO DE LAS FF.AA. (\*): SÍ ( ) NO ( )**

**En caso de que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento que acredite dicha condición.**

**II. FORMACIÓN ACADEMICA**

La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia simple).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Centro de Estudios** | **Especialidad** | **Año Inicio** | **Año Fin** | **Fecha de**  **Extensión del**  **Título**  **(Mes/Año)** | **Ciudad/ País** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |  |
| **MAESTRIA** |  |  |  |  |  |  |
| **POSTGRADO** |  |  |  |  |  |  |
| **LICENCIATURA** |  |  |  |  |  |  |
| **BACHILLER** |  |  |  |  |  |  |
| **TÍTULO TÉCNICO** |  |  |  |  |  |  |
| **ESTUDIOS BÁSICOS** |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **Estudios complementarios: cursos de especialización, diplomados, seminarios, talleres, etc. (Cada uno mínimo de 24 horas)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel**  **(cursos de especialización,**  **diplomados, seminarios, talleres, etc.)** | **Centro de Estudios** | **Tema** | **Inicio** | **Fin** | **Duración**  **(Horas)** | **Tipo de constancia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**b) Exposiciones y/o Ponencias**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Institución organizadora del evento** | **Tema de la exposición o ponencia** | **Ciudad/ País** | **Fecha del evento** | **Tipo de participación**  **(Expositor o ponente)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**c) Publicaciones**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la editorial, revista o medio de difusión** | **Título de la publicación** | **Grado de participación**  **(Autor, Co-Autor, miembro de equipo, asistente, otros)** | **Ciudad/ País** | **Fecha de la publicación** | **Tipo de publicación**  **(Libros, artículos, etc.)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **EXPERIENCIA DE TRABAJO**

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, **SÓLO LAS FUNCIONES/TAREAS CUMPLIDAS EN CADA UNA DE LAS ÁREAS QUE SERÁN CALIFICADAS, DE ACUERDO AL SERVICIO REQUERIDO**. En el caso de haber ocupado varios cargos en una entidad, mencionar cuáles y completar los datos respectivos.

**La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con las respectivas certificaciones.**

1. **Experiencia General**

**Experiencia acumulada relacionada con el perfil requerido, que se califica \_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_meses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de Inicio(Mes/ Año)** | **Fecha de Culminación**  **(Mes/ Año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **Experiencia específica (en el servicio requerido)**

**Experiencia acumulada en el servicio que se califica \_\_\_\_\_\_\_\_años \_\_\_\_\_\_\_meses**

Detallar en el cuadro siguiente, los trabajos que califican la **experiencia específica**, de acuerdo al requerimiento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo Desempeñado** | **Descripción del trabajo realizado** | **Fecha de inicio (mes/ año)** | **Fecha de fin**  **(mes/ año)** | **Tiempo**  **en el**  **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

1. **REFERENCIAS PROFESIONALES. -**

En la presente sección el candidato podrá detallar las referencias profesionales correspondientes a las tres últimas instituciones donde estuvo prestando servicios.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Referente** | **Cargo** | **Nombre de la Entidad** | **Teléfono de la Entidad** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que la información proporcionada es veraz y, en caso necesario, autorizo su investigación.

|  |
| --- |
|  |

**Huella Digital (\***)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Postulante (\*)**

Vilcas Huamán, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_