

# COMUNICADO

EL COMITE DEL CONCURSO CAS N° 01-2019-HTM COMUNICA A TODOS LOS POSTULANTES LA PRESENTE FE DE ERRATAS:

DICE:

## II. ESTUDIOS REALIZADOS:

TITULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO		CIUDAD /PAIS	N° FOLIO
			MES	AÑO		
DOCTORADO						
MAESTRIA						
POSTGRADO						
DIPLOMADO						
TITULO PROFESIONAL TECNICO O UNIVERSITARIO						
BACHILLER / EGRESADO						
ESTUDIOS TECNICOS (Computación, idiomas entre otros)						

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
Med. Alfredo M. Guadalupe Antialion  
PRESIDENTE COMISION CAS


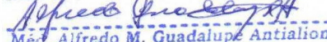
 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
Bach. Ecor Mauricio Valero Alfaro  
SECRETARIO COMISION CAS

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández  
MIEMBRO COMISION CAS

**DEBE DECIR:**

**II. ESTUDIOS REALIZADOS:**

TITULO O GRADO	CENTRO DE ESTUDIOS	ESPECIALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TITULO		AÑOS MESES HORAS CRÉDITOS	Nº FOLIO
			MES	AÑO		
DOCTORADO						
MAESTRIA						
POSTGRADO						
DIPLOMADO						
DIPLOMADO						
TITULO PROFESIONAL TECNICO O UNIVERSITARIO						
BACHILLER / EGRESADO						
ESTUDIOS TECNICOS (Computación, idiomas entre otros)						


**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Méd. Alfredo M. Guadalupe Antialion  
 PRESIDENTE COMISIÓN CAS


**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Bach. Econ. Mauricio Casero Alfaro  
 SECRETARIO COMISIÓN CAS


**GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO**  
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández  
 MIEMBRO COMISIÓN CAS

**DICE:**

**III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTROS DE ESTUDIOS	FECHA INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO		CIUDAD /PAÍS	Nº FOLIO
					MES	AÑO		
1								
2								
3								
4								
5								

**DEBE DECIR:**

**III. CURSOS Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN:**

Nº	NOMBRE DEL CURSO Y/O ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN	CENTROS DE ESTUDIOS	FECHA INICIO	FECHA FIN	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL TÍTULO		AÑOS MESES HORAS CRÉDITOS
					MES	AÑO	
1							
2							
3							
4							
5							


 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Med. Alfredo M. Guadalupe Antiañon  
 PRESIDENTE COMISIÓN CAS


 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Bach. Econ. Mauricio Valero Alfaro  
 SECRETARIO COMISIÓN CAS


 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández  
 MIEMBRO COMISIÓN CAS

**DICE:**

**IV. EXPERIENCIA LABORAL:**

- a. Experiencia laboral mínima de..... (comenzar por la más reciente).  
 Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes (puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO		FECHA DE CULMINACION		TIEMPO EN EL CARGO	Nº FOLIO
			MES	AÑO	MES	AÑO		
1								
2								
3								

**DEBE DECIR:**

**IV. EXPERIENCIA LABORAL:**

- a. Experiencia laboral (**privado**).....  
 Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes (puede adicionar más bloques si así lo requiere).

Nº	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO		FECHA DE CULMINACION		TIEMPO EN EL CARGO (AÑOS, MESES, DÍAS)
			DIA/MES	AÑO	DIA/MES	AÑO	
1							
2							
3							

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Med. Alfredo M. Guadalupe Antialion  
 PRESIDENTE COMISION CAS

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Bach. Econ. Mauricio Salero Alfaro  
 SECRETARIO COMISION CAS

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
  
 Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández  
 MIEMBRO COMISION CAS

**DICE:**

- b. Experiencia en el sector público mínima de..... (comenzar por lamas reciente).  
 Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes (puede adicionar más bloques si así lo requiere)

Nº	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO		FECHA DE CULMINACION		TIEMPO EN EL CARGO	Nº FOLIO
			MES	AÑO	MES	AÑO		
1								
2								
3								

**DEBE DECIR:**

- b. Experiencia en el sector público.....  
 Detallar en el cuadro siguiente los trabajos que califican la experiencia requerida, con una duración mayor a un mes (puede adicionar más bloques si así lo requiere)

Nº	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO	FECHA DE INICIO		FECHA DE CULMINACION		TIEMPO EN EL CARGO (AÑOS, MESES, DÍAS)	Nº
			DÍA/MES	AÑO	DÍA/MES	AÑO		FOLIO
1								
2								
3								

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta y en caso necesario, autorizo su investigación, me someto a las disposiciones de verificación posterior establecidas por ley.

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

DNI Nº. : \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_



Huella Digital

.....  
 Firma

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 M.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
*Alfredo M. Guadalupe Antialion*  
 MEd. Alfredo M. Guadalupe Antialion  
 PRESIDENTE COMISION CAS

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
*Bach. Ecol. Mauricio Valero Alfaro*  
 Bach. Ecol. Mauricio Valero Alfaro  
 SECRETARIO COMISION CAS

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO  
 U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARIA  
*Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández*  
 Lic. Enf. Sonia D. Vivas Fernández  
 MIEMBRO COMISION CAS