



## FE DE ERRATAS

Mediante el presente, el comité de selección CAS 2025 de esta entidad, hace de conocimiento al público en general, sobre la siguiente fe de erratas a la convocatoria **CAS N° 002-2025-MPA – NECESIDAD TRANSITORIA**, en el cual se corrige algunas remuneraciones y requisitos en el perfil de puesto según el siguiente detalle:

### 1. Respecto al numeral 8.1 puestos a convocar.

DICE:

| COD. PLAZAS                | DEPENDENCIA/CARGO      | CANT. PLAZAS | REMUNERACION MENSUAL |
|----------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| OFICINA DE ABASTECIMIENTOS |                        |              |                      |
| COD. 23                    | COTIZADOR              | 2            | S/ 4,800.00          |
| COD. 52                    | INSPECTOR DE TRANSITO  | 6            | S/ 8,400.00          |
| COD. 83                    | NOTIFICADOR TRIBUTARIO | 2            | S/ 3,200.00          |

DEBE DECIR:

| COD. PLAZAS                | DEPENDENCIA/CARGO      | CANT. PLAZAS | REMUNERACION MENSUAL |
|----------------------------|------------------------|--------------|----------------------|
| OFICINA DE ABASTECIMIENTOS |                        |              |                      |
| COD. 23                    | COTIZADOR              | 2            | S/ 2 400.00          |
| COD. 52                    | INSPECTOR DE TRANSITO  | 6            | S/ 1 400.00          |
| COD. 83                    | NOTIFICADOR TRIBUTARIO | 2            | S/ 1 600.00          |

### 2. RESPECTO AL ANEXO N° 01 PERFILES DE PUESTO EXPERIENCIA LABORAL CÓDIGO: 47 TÉCNICO EN SEGURIDAD I

DICE:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 02 años                                                                                                                                                 |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 01 año                                                                                                                                                  |
| B. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto</b> en el nivel mínimo de puesto (precisando este):                  |
| 06 meses como Técnico en Seguridad I                                                                                                                    |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| Otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia, en caso existiera algo adicional para el cargo estructural y/o puesto.                |
| No Aplica                                                                                                                                               |

DEBE DECIR:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 01 año                                                                                                                                                  |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| B. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto</b> en el nivel mínimo de puesto (precisando este):                  |
| 03 meses                                                                                                                                                |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| No Aplica                                                                                                                                               |



## CÓDIGO: 72 ASISTENTE ADMINISTRATIVO

### DICE:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 02 años                                                                                                                                                 |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 6 meses                                                                                                                                                 |
| B. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| 06 meses                                                                                                                                                |

### DEBE DECIR:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 01 año                                                                                                                                                  |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 6 meses                                                                                                                                                 |
| B. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| 6 meses                                                                                                                                                 |

## CÓDIGO: 73 – COORDINADOR/A DEL PROGRAMA DE VASO DE LECHE -PVL

### DICE:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 3 años                                                                                                                                                  |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| B. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto</b> en el nivel mínimo de puesto (precisando este):                  |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| 06 meses                                                                                                                                                |

### DEBE DECIR:

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                                      |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                                      |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                                  |
| 1 año                                                                                                                                                   |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                                   |
| A. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto</b> en la función o la materia:                                   |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| B. Indique el tiempo de <b>experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto</b> en el nivel mínimo de puesto (precisando este):                  |
| 06 meses                                                                                                                                                |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto ( <b>parte A</b> ), señale el tiempo requerido en el <b>sector público</b> : |
| No aplica                                                                                                                                               |



DICE:

**CÓDIGO: 75 – PROMOTOR/A SOCIAL**

|                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                     |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                     |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                 |
| 01 Años                                                                                                                                |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                  |
| A. Indique el tiempo de experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto en la función o la materia:                         |
| 02 Años                                                                                                                                |
| B. Indique el tiempo de experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto en el nivel mínimo de puesto (precisando este):        |
| 01 Año                                                                                                                                 |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto (parte A), señale el tiempo requerido en el sector público: |
| 01 Año                                                                                                                                 |

DEBE DECIR:

|                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EXPERIENCIA</b>                                                                                                                     |
| <b>Experiencia laboral general</b>                                                                                                     |
| Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector público o privado.                                                 |
| 01 Año                                                                                                                                 |
| <b>Experiencia laboral específica</b>                                                                                                  |
| A. Indique el tiempo de experiencia requerido para el cargo estructural y/o puesto en la función o la materia:                         |
| 06 meses                                                                                                                               |
| B. Indique el tiempo de experiencia requerido para cargo estructural y/o puesto en el nivel mínimo de puesto (precisando este):        |
| 06 meses                                                                                                                               |
| C. En base a la experiencia requerida para el cargo estructural y/o puesto (parte A), señale el tiempo requerido en el sector público: |
| No aplica                                                                                                                              |

**3. RESPECTO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA**

**CÓDIGO: 75 – PROMOTOR SOCIAL**

DICE:

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| <b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <b>A) Nivel Educativo</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos</b> | <b>C) ¿Colegiatura?</b>                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <table><tr><td></td><td>Incompleta</td><td>Completa</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>X</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                          | Incompleta                                               | Completa                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |  |  |  | <table><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3">Enfermería, Contabilidad y/o afines por la formación.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | Enfermería, Contabilidad y/o afines por la formación. |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <table><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="4"><b>D) ¿Habilitación profesional?</b></td></tr><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>D) ¿Habilitación profesional?</b> |  |  |  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                             | Incompleta                                                               | Completa                                                 |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| X                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          | X                                                        |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Bachiller                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Enfermería, Contabilidad y/o afines por la formación.                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                           |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                 | No                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <b>D) ¿Habilitación profesional?</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                                          |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                 | No                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                    |                                                          |                                                       |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |

DEBE DECIR:

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| <b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <b>A) Nivel Educativo</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos</b> | <b>C) ¿Colegiatura?</b>                       |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <table><tr><td></td><td>Incompleta</td><td>Completa</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>X</td><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                          | Incompleta                                    | Completa                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  | X |  |  |  | <table><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3">Trabajador social, Sociología y/o afines por la formación.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller | <input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | Trabajador social, Sociología y/o afines por la formación. |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <table><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="4"><b>D) ¿Habilitación profesional?</b></td></tr><tr><td>Sí</td><td><input type="checkbox"/></td><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></table> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>D) ¿Habilitación profesional?</b> |  |  |  | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                             | Incompleta                                                               | Completa                                      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| X                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          | X                                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller                            | <input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Trabajador social, Sociología y/o afines por la formación.                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                 | No                                            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| <b>D) ¿Habilitación profesional?</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                          |                                               |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |
| Sí                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                 | No                                            | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                               |                                               |                                                            |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                          |    |                                     |                                      |  |  |  |    |                          |    |                                     |



MUNICIPALIDAD  
PROVINCIAL DE AZÁNGARO

COMISIÓN CAS -  
2025



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

## CÓDIGO: 24 – ASISTENTE DE SISTEMA ADMINISTRATIVO

DICE

| FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------------|
| <b>A) Nivel Educativo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos</b> | <b>C) ¿Colegiatura?</b>                                  |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Primaria</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> |                                                                          | Incompleta                                               | Completa | <input type="checkbox"/> Primaria |  |  | <input type="checkbox"/> Secundaria |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria |  |  | <table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3">Contabilidad administración y/o afines por la formación.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr></tbody></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | Contabilidad administración y/o afines por la formación. |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <table border="1"><tbody><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"><b>D) ¿Habilitación profesional?</b></td></tr><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <b>D) ¿Habilitación profesional?</b> |  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Incompleta                                                               | Completa                                                 |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                      |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Bachiller                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Contabilidad administración y/o afines por la formación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No <input checked="" type="checkbox"/>                                   |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <b>D) ¿Habilitación profesional?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No <input checked="" type="checkbox"/>                                   |                                                          |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |                                     |                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                    |                                                          |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |

DEBE DECIR:

| FORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------------|
| <b>A) Nivel Educativo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos</b> | <b>C) ¿Colegiatura?</b>                       |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Primaria</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Universitaria</td><td></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> |                                                                          | Incompleta                                    | Completa | <input type="checkbox"/> Primaria |  |  | <input type="checkbox"/> Secundaria |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) |  |  | <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3">Contabilidad administración y/o afines por la formación.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr></tbody></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller | <input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | Contabilidad administración y/o afines por la formación. |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | <table border="1"><tbody><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2"><b>D) ¿Habilitación profesional?</b></td></tr><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | <b>D) ¿Habilitación profesional?</b> |  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Incompleta                                                               | Completa                                      |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>           |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Bachiller                            | <input type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Contabilidad administración y/o afines por la formación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Egresado                                        | <input type="checkbox"/> Grado                |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No <input checked="" type="checkbox"/>                                   |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| <b>D) ¿Habilitación profesional?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No <input checked="" type="checkbox"/>                                   |                                               |          |                                   |  |  |                                     |  |  |                                                      |  |  |                                                        |  |  |                                                   |  |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                               |                                                          |  |  |                                   |                                   |                                |                                    |                                   |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                        |                                      |  |                             |                                        |

ATENTAMENTE:

**LA COMISIÓN**