



SERVIDORES DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS (NOMBRADO Y/O CONTRATADO)

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE INGRESO A LA UNFV

--	--	--	--

CODIGO

**CONDICION:** Administrativo  Docente  Nombrado  Contratado  CAS

**ADMINISTRATIVO**  
 Profesional  Técnico  Auxiliar   
**NIVEL REMUNERATIVO:** A.  B.  C.  D.  E.  F.

**DOCENTE**  
 J.Practica  Auxiliar  Asociado  Principal   
**DEDICACION:** DE  TC  TP  Hrs. 16

1.- DATOS PERSONALES

SCIPIÓN CASTRO RAFAEL DOUGLAS  
APELLIDOS Y NOMBRE(S)

29 07 70 PERU LAMBAYEQUE CHICLAYO CHICLAYO  
Fecha de Nacimiento PAIS DEPARTAMENTO PROVINCIA DISTRITO

17543181 \_\_\_\_\_  
D.N.I. CARNET DE EXTRANJERIA CARNET DE IDENTIDAD

1990  20530  AFP  \_\_\_\_\_ 10 175431816 \_\_\_\_\_  
(REGIMEN PENSIONARIO) NOMBRE DE LA AFP R.U.C. GRUPO SANGUINEO

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Concubino(a)

Domicilio actual: Av  Calle  Jirón  Psje.  Urb.  Sector  Grupo  Mz.  Lt.

BENAVIDES no 311 dpt. 601 MIRAFLORES - LIMA

Distrito: MIRAFLORES Email Scipiondental@hotmail.com

TELEFONO: Casa \_\_\_\_\_ Celular 994396635 Referencia 989853065

2. DATOS FAMILIARES DIRECTOS

SCIPIÓN MUSAYÓN FELIX RAFAEL  
APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL PADRE

\_\_\_\_\_ 18 05 41 VIVE: Si  No  PERUANO  
DNI ( ) LE. ( ) CIP ( ) C.EXTRANJ. ( ) FECHA NACIMIENTO NACIONALIDAD

CASTRO SARAVIA MARIA TRINIDAD  
APELLIDOS Y NOMBRE(S) DE LA MADRE

\_\_\_\_\_ VIVE: Si  No  \_\_\_\_\_  
DNI ( ) LE. ( ) CIP ( ) C.EXTRANJ. ( ) FECHA NACIMIENTO NACIONALIDAD

\_\_\_\_\_ APELLIDOS Y NOMBRE(S) DEL CONYUGE  
DNI ( ) LE. ( ) CIP ( ) C.EXTRANJ. ( ) FECHA NACIMIENTO VIVE: Si  No  NACIONALIDAD

APELLIDOS Y NOMBRES: HIJO(S) (Mayor a Menor)	SEXO	FECHA NAC.	ESTADO CIVIL	TIPO DOC.	NUMERO DE DOCUMENTO
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Para los campos: Sexo, Estado civil y tipo de documento registrar de la siguiente manera:

Sexo: (M) masculino (F) femenino  
 Estado Civil: (S) soltero (C) casado (C) co nviviente (O) otros  
 Tipo de Documento: DNI (1) Partida de Nacimiento (2) Otros (3)

( Sirvase leer detenidamente y registrar la información con letra imprenta )

3. NIVEL EDUCATIVO

(Registrar la fecha del último nivel educativo)

PRIMARIA Incompleta  Completa  Fecha que concluye 12 12 1981

COLEGIO NACIONAL 11037 - LAMBAYEQUE  
NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO

SECUNDARIA Incompleta  Completa  Fecha que concluye 12 1987

COLEGIO NACIONAL "SAN JOSE" CHICLAYO  
NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO

TECNICO Incompleto  Completo  Fecha que concluye 12 1990

INSTITUTO DE INFORMATICA ABACO COMPUTACION E INFORMATICA  
NOMBRE DE LA INSTITUCION ESPECIALIDAD

UNIVERSITARIO Incompleto  Egresado  Bachiller  Titulado  Fecha que concluye 12 1998

UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES CIRUJANO DENTISTA  
NOMBRE DE LA INSTITUCION ESPECIALIDAD

MAESTRIA Incompleta  Egresado  Grado  Fecha que concluye 12 2010

U. NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO GERENCIA SERVICIOS DE SALUD  
NOMBRE DE LA INSTITUCION ESPECIALIDAD

DOCTORADO Incompleto  Egresado  Grado  Fecha que concluye

NOMBRE DE LA INSTITUCION ESPECIALIDAD

OTROS ESTUDIOS DE MAYOR TRANSCENDENCIA

4. EXPERIENCIA LABORAL

(Registrar los cargos en orden cronológico)

ADMINISTRACION PUBLICA		TIPO	N° (R) (M)	DESDE		HASTA	
DEPENDENCIA	CARGO DESEMPEÑADO						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							

En el campo TIPO registrar de la siguiente manera: ( R ) Resolución ó ( M ) Memorandum

ACTIVIDAD PRIVADA		DESDE	HASTA
EMPRESA	CARGO DESEMPEÑADO		
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			

5. EXPERIENCIA DOCENTE

EMPRESA	CATEDRA	CATEG.	REGIMEN DE PENSION	DESDE	HASTA
1) U. NACIONAL FEDERICO VILLARREAL	IMPLANTOLOGIA	AUX		2010	ACTUALM.
2)	PROTESIS FIJA y	AUX			
3)	PROTESIS COMPLETA	AUX			
4)	ANATOMIA DENTAL y OCU.	AUX			
5) U. SEÑOR DE SIPAN	ANESTESIOLOGIA	AUX		2012-II	2013
6)	PROTESIS FIJA, MATAIA				
7)	PROTESIS PARCIAL	RESP.		2014	ACTUALM.
8)	PROTESIS TOTAL	RESP.		2014	ACTUALM.
U. SAN MARTIN DE PORRES	OCCLUSION	AUX			

6. A LA FECHA LABORA EN OTRA INSTITUCION Si  No  DESEMPEÑÁNDOSE COMO: Docente  Administrativo

UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES FILIAL-NORTE  
NOMBRE DE LA INSTITUCION

Declaro bajo juramento que la presente información expresa la verdad de conformidad a lo dispuesto por la ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444.

Lima, 04 de ABRIL del 2014

FIRMA DEL DECLARANTE  
DNI: