



## Requisitos y Pasos para la Postulación a los Seminarios del Gobierno Chino

### REQUISITOS DEL POSTULANTE

---

---

- Funcionarios o personas cuyos trabajos estén vinculados en gran medida con el tema del seminario escogido.
- Entre 18 y 45 años la edad (Si el candidato excede el límite de edad pero goza de muy buena salud, podrá ser considerado elegible).
- Gozar de buena salud, tanto física como psicológica.
- Buen dominio del idioma inglés.

### PASOS A SEGUIR PARA POSTULAR

---

---

1. Llenar los formularios y enviarlos a APCI antes de la fecha límite, tanto en formato físico como digital.
2. Entregar su Expediente de Beca a APCI con el siguiente contenido:

	Documento	Comentario
1	Formulario de Inscripción	Firmarlo y pegar foto tamaño pasaporte
2	Formulario de Información Personal	Firmarlo y pegar foto tamaño pasaporte
3	Formulario de Exámen Físico	Pegar foto tamaño pasaporte, con el sello del centro médico y la firma del doctor
4	Curriculum Vitae	De preferencia en inglés, máximo de 3 páginas
5	Diplomas	Desde el grado de bachiller o equivalente
6	Copia de DNI y pasaporte vigente	Pasaporte con una vigencia por lo menos de 6 meses
7	Carta de Recomendación	Con consentimiento de su participación al seminario, sellada y firmada por el responsable de la entidad donde labora.
8	Declaración Declaración Jurada Compromiso de Retorno	Firma con fecha y DNI
9	Country Report	En materia del tema del seminario. Puede ser un bosquejo, estadísticas o comentarios personales sobre la situación de Perú.
10	Tarjeta de presentación	

*Si no especificado, todos los documentos necesitan dos juegos por separado, original y copia.*

3. Entrevista en la **Oficina Económica y Comercial de la Embajada China**(Javier Prado Oeste 2496, San Isidro, Lima).
  4. Esperar la confirmación de la **Oficina Económica y Comercial de la Embajada China**.
  5. Solicitar la visa.
- 1) Los documentos para la visa ante el Consulado de la Embajada China (José Granda 150, San isidro, Lima) son los siguientes:

	Documento	Comentario
1	Carta de invitación	Emitida por la <b>Oficina Económica y Comercial de la Embajada China</b>
2	Pasaporte original	
3	2 fotos	Tamaño pasaporte
4	Carta original de Recomendación	Sellada y firmada por el responsable de la entidad donde labora
5	Boleto de avión	Emitido por la <b>Oficina Económica y Comercial de la Embajada China</b>

2) Dirección del Consulado de la Embajada China:

Calle Carlos Porras Osoreo 419, San Isidro, Lima 27 (A la espalda del Hotel Country Club)

Teléfono: 51-1-4429466

Fax:

51-1-2222609

3) Horario de atención (no incluyen los días feriados):

Para Entregar Documentos: lunes a viernes de 9:00 - 12:00 hrs.

Para Recoger Documentos: lunes, miércoles y viernes de 15:30-17:00 hrs

***Importante:*** al saber la fecha en la cual obtendrá su visa, informar a la Sra. Guo Yu para confirmar su vuelo y obtener el itinerario. Sra. Guo le mandará su itinerario por correo, luego deberá imprimirlo.

6. Viaje a China (habrá persona que la recibirá en el aeropuerto de China, la información del enlace en China véanse la descripción del seminario.)

## **GASTOS PARA EL SEMINARIO**

El Ministerio de Comercio (MOFCOM) cubrirá los siguientes gastos del participante:

- Pasaje internacional de ida y vuelta.
- Alojamiento durante la permanencia en China.
- Comida (se excluye las bebidas alcohólicas).
- Transporte local para las actividades organizadas por la Parte china.

El participante se hará cargo de los siguientes gastos:

- Costo por exceso de equipaje en el viaje doméstico e internacional.
- Costos de correo y comunicaciones, así como los costos por trámites de pasaporte y visa.
- Costo por diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas; costos correspondientes a la compra de prótesis dentales o salón de belleza.
- Otros gastos que deriven de la salida anticipada o demora de la salida de Beijing.

## Formulario de Inscripción

Nombre del seminario / curso: 项目名称:					
性质 Tipo	Funcionario 官员 <input type="checkbox"/> Técnico 技术 <input type="checkbox"/>	Fecha de formación 培训时间		Lugar de formación 培训地点	
Foto		Apellido 姓			
		Nombre 名			
		Posición 职务			
No. de Pasaporte 护照号码					
Nacionalidad 国籍					
Sexo 性别		Nombre de institución donde labora usted 工作单位名称			
Idioma 母语		Dirección de Institución donde labora usted 工作单位地址			
Religión 宗教					
Abstención de Alimentación 饮食禁忌		Dirección del Hogar 家庭住址			
Fecha de Nacimiento 生日					
Tel		E-mail			
Fax		Persona de contacto en caso de emergencia 应急联络人			
Celular 手机		Teléfono de contacto en caso de emergencia 应急电话			
Firma (本人签字)			Fecha (日期)		

**经商参处意见: Opinión de la Oficina del Consejero Económico y Comercial**

---



---



---

**Signatura y Sello (oficina de comercio) (经商参处签章)**

**Fecha (日期)**

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL

## (学员信息表)

I. Nombre del seminario o curso a seguir (研修班/培训班名称): \_\_\_\_\_

II. Datos personales (个人信息)

1. Apellidos (姓): \_\_\_\_\_

Nombre (名): \_\_\_\_\_

2. Sexo (性别):  Masculino (男)  Femenino (女)

3. Fecha de nacimiento (出生日期): \_\_\_\_\_

4. Lugar de nacimiento (出生地): \_\_\_\_\_

5. Nacionalidad (国籍): \_\_\_\_\_

6. Lengua materna (母语): \_\_\_\_\_

7. Religión (宗教): \_\_\_\_\_

8. Alergias de comidas (饮食禁忌): \_\_\_\_\_

9. Estado civil (婚姻状况): \_\_\_\_\_

10. Estado de salud (健康状况): \_\_\_\_\_

11. Antecedentes de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o infecciosas (有无高血压、心脑血管等慢性病史及传染病史):

No  Sí

Si la respuesta es sí, por favor especifique (如有, 请详细说明): \_\_\_\_\_

12. Dirección postal (通信地址): \_\_\_\_\_

Teléfono (电话): \_\_\_\_\_ Fax (传真): \_\_\_\_\_

E-mail (电子邮件): \_\_\_\_\_

13. Dirección permanente (固定联系地址): \_\_\_\_\_

14. Contacto en caso de emergencia (紧急情况联系人):

Nombre (姓名): \_\_\_\_\_

Dirección (地址): \_\_\_\_\_

Teléfono (电话): \_\_\_\_\_ Fax (传真): \_\_\_\_\_

E-mail (电子邮件): \_\_\_\_\_

**Foto**  
(照片)

15. Situación laboral actual (当前工作情况) :

Nombre de la entidad (单位) : \_\_\_\_\_

Cargo (职务) : \_\_\_\_\_ Fecha de inicio (任职日期) : \_\_\_\_\_

Describa brevemente sus responsabilidades (岗位职责) : \_\_\_\_\_

16. Experiencia laboral: (empiece con su trabajo actual) 工作经历 (当前工作写起)

Fecha (日期)                      Cargo (职务)                      Breve descripción de su cargo (职责)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Títulos profesionales y/o académicos (教育背景及专业职称) :

Fecha (时间)                      Nivel (等级)                      Entidad que otorga el título (授予单位)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Competencia del idioma en el trabajo (工作语言熟练程度) :

Por favor marque con un aspa (请标记) :

Comprensión lectora :  excelente     buena     normal     bajo

Comprensión auditiva:  excelente     buena     normal     bajo

Expresión oral                      :  excelente     buena     normal     bajo

Expresión escrita                      :  excelente     buena     normal     bajo

III. Declaración personal (个人声明)

Por la presente, certifico que he respondido todas las preguntas anteriores con la verdad y a mi leal saber y entender. Acepto informar de cualquier alteración respecto a la información brindada anteriormente.

Me comprometo en obedecer todas las leyes y reglamentos chinos y respetaré las costumbres locales durante mi estadía en China por el tiempo que dure el curso de capacitación. .

(我确保以上信息填写真实、完整。如有变动，将及时通知主办方。

参加培训期间，我保证遵守中国法律、法规，尊重当地风俗。)

\_\_\_\_\_

Firma (本人签字)

\_\_\_\_\_

Fecha (日期)

# FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PARA EXTRANJEROS

## 外国人体格检查表

姓名 Nombre		性别 Sexo	<input type="checkbox"/> 男 Masculino <input type="checkbox"/> 女 Femenino	出生日期 Fecha de nacimiento		照片 (加盖检查单位印章) Foto (con sello oficial)
通讯地址 Dirección actual					血型 Tipo de sangre	
国籍或地区 Nacionalidad		出生地址 Lugar de nacimiento				
过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“是”或“否”） ¿Ha tenido alguna vez una de las siguientes enfermedades? (Para cada uno debe marcar "Sí" o "No")						
斑疹伤寒 Tifus		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	菌痢 Disentería bacilar			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
小儿麻痹症 Poliomielitis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	布氏杆菌病 Brucelosis			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
白喉 Difteria		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	病毒性肝炎 Hepatitis viral			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
猩红热 Escarlatina		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	产褥期链球菌感染 Infección puerperal por streptococcus			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
回归热 Fiebre intermitente		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	菌感染			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
伤寒和副伤寒 Fiebre tifoidea o paratifoidea		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
流行性脑脊髓膜炎 Meningitis cefalorraquídea epidémica		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答“否”或“是”） ¿Posee alguna de las siguientes enfermedades que ponen en peligro la seguridad y el orden público? (Para cada uno debe marcar "Sí" o "No")						
毒物瘾 Toxicomanía						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
精神错乱 Alineación mental						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
精神病 Psicosis	躁狂型 Psicosis maniaca					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	妄想型 Psicosis paranoica					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	幻觉型 Psicosis alucinatoria					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
身高 米 Altura	厘 cm	体重 Peso	公斤 kg	血压 Presión sanguínea	毫米汞柱 mmHg	
发育情况 Desarrollo	营养情况 Nutrición			颈部 Cuello		
视力 左 Vista Izquierda		矫正视力 左 Corrección de la vista Izquierda		眼 Ojos		
		矫正视力 右 Corrección de la vista Derecha				
辨色力 Percepción de colores	皮肤 Piel			淋巴结 Nudos linfáticos		
耳 Orejas	鼻 Nariz			扁桃体 Amígdalas		
心 Corazón	肺 Pulmones			腹部 Abdomen		

脊柱 Columna vertebral		四肢 Extremidades		神经系统 Sistema nervioso	
其它所见 Otra anomalía encontrada					
胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Exámen de Rayos X del tórax (Ajuntar el exámen de rayos X)			心电图 ECG (Ajuntar examen de ECG)		
意见 Observaciones			检查单位盖章 Sello oficial de la entidad examinadora		
医师签字 Firma del médico			日期 Fecha		

## Declaración

A la Oficina del Consejero Económico y Comercial de la Embajada China en el Perú:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con D.N.IN° \_\_\_\_\_, he leído y entendido todas las cuestiones de estos formularios. Seré responsable de la veracidad y exactitud de la foto, así como las respuestas rellenas y los documentos de la solicitud. Acepto la invitación y participaré el seminario organizado por el Ministerio de Comercio de su país, manifiesto en presente que las condiciones de mi salud son buenas y soy capaz de cumplir las actividades concernientes de este seminario.

Si por motivos personales no puede ir a China participando el seminario chino, asumiré la responsabilidad de indemnizar la pérdida de la Oficina del Consejero Económico y Comercial de la Embajada China en el Perú en el concepto de pasajes de vuelos de ida y vuelta auspiciados por el gobierno chino.

**Firma:**

**Carnet No.**

**Ciudad y Fecha:**

## COMPROMISO DE RETORNO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con D.N.IN° \_\_\_\_\_,  
por intermedio de la presente declare bajo juramento que al finalizar mi  
capacitación respecto al Curso:

●( Nombre del Curso o Seminario)

A efectuarse en \_\_\_\_\_(Ciudad - País) del \_\_\_\_\_  
(fecha en la que se realiza el curso), retornaré a mi país.

Firma:

D.N.I N°:

Ciudad Y Fecha:

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, identificado (a) con D.N.IN° \_\_\_\_\_,  
domiciliado en (**Dirección actual en la que reside**): \_\_\_\_\_

---

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener antecedentes policiales ni penales, que me impidan la salida del país, en caso de ser seleccionado a la Beca materia de la presente.

Firma:

D.N.I N°:

Ciudad y fecha: