

**Convocatoria CAS
Proceso N° 001-031-2020-CAS-PATPAL-FBB**

ANEXO N° 01

**I. DATOS
PERSONALES**

Apellidos y Nombres	Salinas Flores Melanin		
Fecha de Nacimiento	20/06/1977	Lugar de Nacimiento	Bellavista/ Callao
Documento de Identidad	10620888	Estado Civil	soltera
Dirección	Mz. C Lt. 32 urb. Las Américas de Carabayllo		
N° Celular / fijo / e-mail	933-545602		salinas.melanin@gmail.com

II. ESTUDIOS REALIZADOS

TÍTULO O GRADO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, CIUDAD Y PAÍS	GRADO ACADEMICO	ESPECIALIDAD	TIEMPO DE ESTUDIOS (FECHA DE EXPEDICIÓN)
ESTUDIOS TÉCNICOS	CEPEBAN Lima - Perú	egresada	Administración Bancaria	3 años (2002-2005)
BACHILLERATO				
TÍTULO PROFESIONAL				
POSTGRADO O DIPLOMADO				
MAESTRÍA				
DOCTORADO				

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	Cajero de Servicios	21/10/2020 20/11/2020	CEPEBAN	Lima/ Perú
2	Calidad de Atención al Ciudadano	31/08/2020 30/09/2020	CEPEG	Lima/ Perú
3	Taller de Digitación	22/01/2020 31/01/2020	UNI	Lima/Perú
4	Excel Empresarial	21/09/2019 06/06/2020	UNI	Lima/Perú

IV. EXPERIENCIA

Descripción de su experiencia laboral tanto en el Sector Público como Privado por orden cronológicos, empezando por la más reciente. Obligatoria se debe consignar toda la experiencia laboral en el Sector Público.

1. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Sistema Metropolitano de la Solidaridad	Salud	264-2222	Renuncia
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajera	05/2019	09/2020	1 año, 4 meses

García

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) Emitir comprobante de pago electrónico (boleta o factura) por la atención médica, examen y/o procedimiento. b) Emitir nota de crédito o débito según sea el caso. c) Cobrar en efectivo y/o tarjeta Visa o MasterCard. d) Registro de operaciones en el sistema SIGHO. e) Cuadrar caja. Cierre de POS. Entregar recaudación a la administración.

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Gran Hotel Bolívar	Hotelería y Turismo	619-7171	Renuncia
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajera	01/2015	09/2018	3 años, 8 meses

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) Liquidar los ingresos diarios (efectivo, tarjeta, transferencias, etc.) de los cajeros del restaurante y depositarlos al banco. b) Atención de reclamos referente a la facturación. c) Entrenamiento y supervisión de cajeros nuevos. d) Proveer de sencillo, soporte y contómetros al cajero del restaurante. e) Gestionar el mantenimiento y capacitaciones para el uso del POS. f) Operaciones Vía banca electrónica. g) Entrega de reportes al área de contabilidad.

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Gran Hotel Bolívar	Hotelería y Turismo	619-7171	Termino de Contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajera	12/2010	10/2014	3 años, 10 meses

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) Operar el sistema Inforest. b) Emitir comprobantes de pago y cobrar con distintos medios de pago (soles, dólares, tarjetas de crédito y débito, depósitos en cuenta, etc.) c) Supervisar el ingreso de comandas al sistema. d) Cuadrar caja y cierre de POS. Entrega de liquidación a Tesorería.

4. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Clínica Maison de Santé	Salud	619-6000	Termino de Contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajera	06/2009	12/2009	0 año, 6 meses

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) Emitir y cobrar en efectivo (soles y dólares), tarjeta Visa o MasterCard los comprobantes de pago por las atenciones médicas. b) Orientar al paciente referente a staff médico y horarios de atención. c) Aperturar historias clínicas y otorgar citas. d) Cuadrar caja y cierre de POS. Entrega de liquidación a caja central.

Sant

5. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			

(En caso de que falta espacio, sírvase consignarlo en hoja adicional)

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

¿Tiene algún tipo de discapacidad?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:		

¿Tiene antecedentes policiales, penales o judiciales?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de antecedente.		

¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición		

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

Declaración que formulo el 11 del mes de diciembre de 2020.

Sant

(Firma)

Nota: En caso de comprobar fraude o falsedad en la Declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad procederá conforme a lo señalado en el numeral 32.3 del artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

ANEXO N°01-A
CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE

Señores

PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-Felipe Benavides Barreda

Presente.-

Yo, Melanin Salinas Flores

(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 10620888, mediante la presente le solicito se me considere para participar en la convocatoria **CAS Proceso N° 001-031-2020**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es: Apoyo en Boletería

(Proceso al que postula)

Para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado y que adjunto a la presente la copia del DNI y declaraciones juradas de acuerdo al formato N° 2 (A, B, C, D)



Fecha 11 de diciembre de 2020

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

Indicar marcando con un aspa (x) Condición de Discapacidad:

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI) (NO)
Tipo de Discapacidad	
Física	() (X)
Auditiva	() (X)
Visual	() (X)
Mental	() (X)

Resolución Presidencial Ejecutiva N° 61-2010-SERVIR/PE. Indicar marcando con un aspa (x):

Licenciado de las Fuerzas Armadas	(SI) (NO)
-----------------------------------	----------------------

ANEXO N° 02

Formato 2-A

**DECLARACION JURADA DE NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS
MOROSOS-REDAM**

Yo, Melanin Salinas Flores identificado (a) con DNI N° 10620888 con domicilio en Mz. C Lt. 32 urb. Las Américas de Carabaylo – Carabaylo, declaro bajo juramento que, a la fecha, no me encuentro inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos al que hace referencia la Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS, el cual se encuentra a cargo y bajo la responsabilidad del Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Lima, 11 de diciembre de 2020



.....
FIRMA DEL POSTULANTE

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, Melanin Salinas Flores identificado (a) con DNI N° 10620888, con domicilio en Mz. C Lt. 32 urb. Las Américas de Carabaylo – Carabaylo, declaro bajo juramento no percibir ingresos por parte del Estado¹; ni tener antecedentes penales ni policiales, tener sentencias condenatorias o haber sido sometido a procesos disciplinarios o sanciones administrativas que me impidan laborar en el Estado.

Esta declaración se formula en aplicación del principio de veracidad establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Lima, 11 de diciembre de 2020



.....
FIRMA DEL POSTULANTE

¹ Aplicable a los ganadores del concurso (a partir de la suscripción del contrato).

Formato 2-C

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO – Ley N° 26771 D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. N° 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM

Yo, Melanin Salinas Flores (Nombre y apellido). Identificado (a) con DNI N° 10620888, al amparo del Principio de Veracidad señalado por el artículo IV, numeral 1.7 del Título Preliminar y lo dispuesto en el artículo 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General – ley N° 27444, DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

No tener en la institución, familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad o por razón de matrimonio, con la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar al PATPAL.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por D.S. N° 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a lo determinado en las normas sobre la materia.

EN CASO DE TENER PARIENTES

Declaro bajo juramento que en la Autoridad Nacional del Servicio Civil laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la:

Relación o vínculo de afinidad (A)

Consanguinidad (C)

Vínculo matrimonial (M)

Unión de hecho (UH)

Señaladas a continuación:

RELACIÓN	APELLIDOS	NOMBRES	ÁREA DE TRABAJO	CONDICIÓN CONTRACTUAL

Manifiesto, que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 438° del Código Penal, que prevé pena privativa de libertad de hasta 04 años, para lo que hacen falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.

Lima, 11 de diciembre de 2020


.....
FIRMA DEL POSTULANTE

Formato – 2 D

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO

Por medio del presente, declaro expresamente que a la fecha () SI, (X) NO tengo familiares laborando en la Municipalidad Metropolitana de Lima (incluidos Organismos Descentralizados y Empresas Municipales), los cuales señalo ha:

Nº	Apellidos y Nombres Completos del Familiar	Dependencia en la que labora el Familiar	Fecha de ingreso del familiar (Nº del último contrato)	Condición laboral (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	Parentesco
	a)Hasta el 4º Grado de consanguinidad				
	b)Hasta el 2º Grado de afinidad				

(En caso de que falta espacio, sírvase consignarlo en hoja adicional)

Declaro bajo juramento que lo expresado responde a la verdad de los hechos y tengo pleno conocimiento, que, si lo declarado es falso, me encuentro sujeto a los alcances de lo establecido en los artículos 411º y 438º del Código Penal (*)

Nombres y Apellidos: Melanin Salinas Flores

Firma :
.....

D.N.I. Nº :10620888

Condición Laboral : empleada

Cargo : Apoyo en boletería

Dirección u Oficina : Subgerencia de Tesorería

Fecha :11 de diciembre de 2020

Leyenda:

- (1) Funcionario (2) Empleado (3) Obrero
 (4) Contrato Administrativo de Servicios (5) Contratado por Servicios no personales
 (6) Regidores (7) Funcionarios o Directivos de Organismos Descentralizados y Empresas municipales.

(*)Artículo 411º-el que ,en un procedimiento administrativo ,hace una falsa declaración a hechos o circunstancias que le corresponde probar ,violando la presunción de veracidad establecida por ley ,será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Artículo 438º -el que de cualquier otro modo que no esté especificado en los capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con una pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años.

DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO DEL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCION PUBLICA

Yo, Melanin Salinas Flores, identificado (a) con DNI N° 10620888, con domicilio fiscal en Mz C Lt. 32 urb. Las Américas - Carabaylo, declaro bajo juramento que tengo conocimiento de la siguiente normatividad:
Ley N° 28496, Ley que modifica el numeral 4.1 del artículo 4° y el artículo 11° de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.

Asimismo, declaro que me comprometo a observarlas y cumplirlas en toda circunstancia.

Lima, 11 de diciembre de 2020



.....
FIRMA DEL POSTULANTE