

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS  
Proceso N° 001- 032 -2020-CAS-PATPAL-FBB

ANEXO N° 01

I. DATOS  
PERSONALES

Apellidos y Nombres	Díaz Castilla Francisco José		
Fecha de Nacimiento	28 de Junio de 1998	Lugar de Nacimiento	Chorillos
Documento de Identidad	72025760	Estado Civil	Soltero
Dirección	Jr. Antonio Reyes 259		
N° Celular / fijo / e-mail	945278346	251-3892	<a href="mailto:franjo98@hotmail.com">franjo98@hotmail.com</a>

II. ESTUDIOS REALIZADOS

TÍTULO O GRADO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, CIUDAD Y PAÍS	GRADO ACADEMICO	ESPECIALIDAD	TIEMPO DE ESTUDIOS (FECHA DE EXPEDICIÓN)
ESTUDIOS TÉCNICOS	Columbia, San Isidro, Perú	Egresado	Administración Hotelera	3 años
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	--	----	-----	-----
2				
3				

IV. EXPERIENCIA

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

1. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
HOTEL WESTIN	HOTELERÍA	201-5000	Pandemia- suspensión
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
APOYO EN LA RECEPCIÓN DEL SPA	OCTUBRE 2019	MARZO 2020	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Atención al cliente			

**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**

- b) Recibir y custodiar los documentos diarios
- c) Mantener el área de trabajo limpio y ordenado

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
COMMA	Restaurante	421-8485	Estudios
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERO/BARISTA	MARZO 2019	AGOSTO 2019	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<p>a) Atención al cliente, manejar la caja registradora, conocer los procedimientos de registro y las diferencias formas de pago, imprimir reportes de caja diarios y ventas.</p> <p>b) Conocer, entender y explicar cada etapa de la preparación del café al cliente (calidad del café y sus bebidas).</p>			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
FROGUESTHOUSE	HOTELERÍA	248-1157	Estudios, cambio de horario
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Auxiliar de Hotelería/ recepcionista	JULIO 2018	DICIEMBRE 2018	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<p>a) Gestión de cobros, documentación y facturas, control de caja chica, gestionar las reservas, ingresos y cancelaciones Check in, Check out.</p> <p>b) Manejo de OTAS, realizar las labores de limpieza (habitaciones) y servir el desayuno a los huéspedes.</p>			

4. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
CINNABON	Restaurante	251-0340	estudios
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERO/ BARISTA	FEBRERO 2017	ABRIL 2018	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<p>a) Atender con calidad a los comensales en el área de registro y cobro, asegurando su satisfacción con el servicio recibido, apertura y cierre de caja, proceso de cobro y facturación.</p> <p>b) Conocer en detalle el menú, los precios y el sistema de facturación del restaurante.</p>			

5. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
TAI LOY	RETAIL	625-5739	Trabajo por campaña

**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**

Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
GONDOLERO	JULIO 2016	DICIEMBRE 2016	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Atención al cliente (abordaje), reposición de los productos, brindar una buena exhibición de los productos y manejar el stock del almacén para realizar una adecuada rotación.  b) Manejo de caja, almacenaje, inventario y limpieza de la tienda			

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

**V. DATOS COMPLEMENTARIOS**

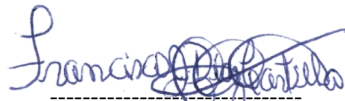
<b>¿Tiene algún tipo de discapacidad?:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
<b>(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:</b>		
<b>Registro CONADIS - Nro. de Carnet:</b>		

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

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

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

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

  
 \_\_\_\_\_  
 (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.