

**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	VICTOR RAUL VASQUEZ RUIZ		
Fecha de Nacimiento	24/07/1979	Lugar de Nacimiento	CHOTA – CAJAMARCA
Documento de Identidad	40373469	Estado Civil	SOLTERO
Dirección	CASANAVE 386 – COMAS		
N° Celular / fijo / e-mail	931815905	-	Victorv156@hotmail.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	INSTITUTO SUPERIOR TECNOLOGICO PUBLICO CHOTA / CHOTA / CAJAMARCA	EGRESADO	COMPUTACION E INFORMATICA	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
SISOL SALUD TUMBES	SALUD		ASCENSO DE CARGO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERO DIGITADOR	07/2009	12/2010	1 AÑO Y 06 MESES

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

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) ATENCION AL PACIENTE EN CAJA - ADMISIÓN
b) INGRESO DE HISTORIAS CLINICAS AL SISTEMA SIGHO
c) CONTEO (CUADRE DE CAJA) DEL DINERO RECAUDADO DIARIO

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISOL SALUD TUMBES	SALUD		TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ENCARGADO DEL AREA DE COMPUTO	01/2011	10/2012	1 AÑO Y 10 MESES

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) ATENCION AL PACIENTE EN CAJA - ADMISIÓN
b) CONTEO (CUADRE DE CAJA) DEL DINERO RECAUDADO DIARIO

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
INDUSTRIAS TRIVECA SAC	SANEAMIENTO		TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ADMINISTRADOR DE PROYECTO	11/2012	12/2013	1 AÑO Y DOS MESES

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) ADMINISTRAR LOS RECURSOS HUMANOS Y MONETARIOS DEL PROYECTO
b) CONTROL DE CAJA CHICA DEL PROYECTO (PAGO A PROVEEDORES, PERSONAL, ALQUILERES, ENTRE OTRAS OPERACIONES MONETARIAS)

4. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISOL SALUD METRO UNI Y CENTRO MEDICO LAS VIOLETAS	SALUD		ASCENSO Y CAMBIO DE CENTRO DE LABORES
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERO DIGITADOR	01/2016	12/2016	1 AÑO

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO
a) ATENCION AL PACIENTE EN CAJA - ADMISIÓN
b) CONTEO (CUADRE DE CAJA) DEL DINERO RECAUDADO DIARIO

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

5. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISOL SALUD FLOR DE AMANCAES	SALUD		TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ENCARGADO DE COMPUTO	01/2017	11/2020	3 AÑOS Y 11 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) ATENCION AL PACIENTE EN CAJA - ADMISIÓN			
b) CONTEO (CUADRE DE CAJA) DEL DINERO RECAUDADO DIARIO			
c) CONTEO Y CONSOLIDADO DE DINERO RECAUDADO Y OTROS			

(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.



(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.