

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

**Convocatoria CAS**

**Proceso CAS N° 022 -2021-CAS-PATPAL-FBB**

**ANEXO N° 01**

**I. DATOS PERSONALES**

|                            |                                            |                     |                                 |
|----------------------------|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Apellidos y Nombres        | <b>ATAU HUAMAN ANAIS HILDA</b>             |                     |                                 |
| Fecha de Nacimiento        | <b>13/06/1998</b>                          | Lugar de Nacimiento | <b>CUSCO- SANTIAGO</b>          |
| Documento de Identidad     | <b>75729175</b>                            | Estado Civil        | <b>SOLTERA</b>                  |
| Dirección                  | <b>LAS HORMIGAS Mz A Lte 16- LA MOLINA</b> |                     |                                 |
| N° Celular / fijo / e-mail | <b>953498816</b>                           |                     | <b>anais1998hilda@gmail.com</b> |

**II. ESTUDIOS REALIZADOS**

| TÍTULO O GRADO        | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, CIUDAD Y PAÍS       | GRADO ACADEMICO | ESPECIALIDAD            | TIEMPO DE ESTUDIOS (FECHA DE EXPEDICIÓN) |
|-----------------------|-----------------------------------------------|-----------------|-------------------------|------------------------------------------|
| Estudios Técnicos     |                                               |                 |                         |                                          |
| Bachillerato          | Universidad San Ignacio de Loyola, Lima- Perú | Bachiller       | Administración en Salud | Agosto del 2015 – Diciembre del 2020     |
| Título Profesional    |                                               |                 |                         |                                          |
| Postgrado O Diplomado |                                               |                 |                         |                                          |
| Maestría              |                                               |                 |                         |                                          |
| Doctorado             |                                               |                 |                         |                                          |
| Otros.....            |                                               |                 |                         |                                          |



**III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA**

| N° | ESPECIALIDAD | FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA | INSTITUCIÓN | CIUDAD/PAÍS |
|----|--------------|---------------------------------|-------------|-------------|
| 1  |              |                                 |             |             |
| 2  |              |                                 |             |             |
| 3  |              |                                 |             |             |
| 4  |              |                                 |             |             |

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

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      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| MULTISERVICIOS MARCELINA                                                                                                                                                                                                                                | Alimentos y Bebidas | ----                | Termino de Contrato |
| Cargo desempeñado                                                                                                                                                                                                                                       | Inicio (MM/AA)      | Culminación (MM/AA) | Tiempo de servicio  |
| Asistente Administrativo                                                                                                                                                                                                                                | 10/09/2020          | 10/03/2020          | 6 meses             |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO                                                                                                                                                                                                                       |                     |                     |                     |
| a) Realizar el cierre de caja diario en función las ventas y gastos del día.<br>-----<br>b) Realizar la reposición de productos que estén escaseando en los estantes y/o exhibidores.<br>-----<br>c) Emitir boletas por las ventas efectuadas.<br>----- |                     |                     |                     |

| 2. Nombre de la entidad o empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rubro               | Teléfono            | Motivo de Cese      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| MULTISERVICIOS MARCELINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Alimentos y Bebidas |                     | Termino de Contrato |
| Cargo desempeñado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Inicio (MM/AA)      | Culminación (MM/AA) | Tiempo de servicio  |
| Atención al Cliente y Encargado de Almacén                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10/03/2020          | 10/08/2020          | 6 meses             |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                     |                     |
| a) Atender a los clientes ofreciéndoles la mejor experiencia en su compra y así incentivar su regreso.<br>-----<br>b) Realizar pedido a las empresas que abastecen de productos a la empresa para mantener el flujo habitual.<br>-----<br>c) Recepcionar y llevar el control de los productos que ingresan al almacén, verificando las fechas de vencimiento, siguiendo las regla de que los primeros productos en ingresar son los primeros en salir.<br>----- |                     |                     |                     |

| 3. 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 |                |                     |                    |
| a) -----<br>-----<br>b) -----     |                |                     |                    |

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

c)

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

**V. DATOS COMPLEMENTARIOS**

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

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

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

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

Declaración que formulo el 21 del mes de septiembre de 2021.



(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.

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

**ANEXO N° 01-A  
CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE**

Señores

**PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-FELIPE BENAVIDES BARREDA**

Presente. -

Yo, Anais Hilda Atau Huaman

(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 75729175, mediante la presente le solicito se me considere para participar en la convocatoria **Proceso CAS N° 022-2021**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

Apoyo Administrativo para el Área de Almacén Central

(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 21 de septiembre de 2021



.....  
FIRMA DEL POSTULANTE

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

|                                     |                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Adjunta Certificado de Discapacidad | (SI) <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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) <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|------------------------------------------|

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

ANEXO N° 02

Formato 2-A

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

Yo, Anais Hilda Atau Huaman, identificado (a) con DNI N° 75729175, con domicilio en Las Hormigas Mz A, Lte 16 – La Molina, 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 21 de septiembre del 2021



.....  
FIRMA DEL POSTULANTE

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

**Formato 2-B**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

Yo, Anais Hilda Atau Huaman identificado (a) con DNI N° 75729175, con domicilio en Las Hormigas Mz A , Lte 16, La Molina, declaro bajo juramento no percibir ingresos por parte del Estado<sup>1</sup>; 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 21 de septiembre de 2021



.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

<sup>1</sup> Aplicable a los ganadores del concurso (a partir de la suscripción del contrato).

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

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, Anais Hilda Atau Huaman, Identificado (a) con DNI N° 75729175

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 no participar en ninguna acción que configure **ACTO DE NEPOTISMO**, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

**EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que en el Parque de las Leyendas – Felipe Benavides Barreda, 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) y/o 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 21 de septiembre de 2021



.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

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

**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:

| N° | Apellidos y Nombres Completos del Familiar | Dependencia en la que labora el Familiar | Fecha de ingreso del familiar (N° 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:.....

Firma : .....

D.N.I. N° : .....

Condición Laboral : ..... \*\*\*\*\* .....

Cargo : ..... \*\*\*\*\* .....

Dirección u Oficina : ..... \*\*\*\*\* .....

Fecha : .....

Legenda:

- (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.



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

**Formato 2-E**

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

Yo, Anais Hilda Atau Huaman, identificado (a) con DNI N° 75729175., con domicilio fiscal en Las Hormigas Mz A Lte 16 – La Molina, 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 21 de septiembre de 2021



.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**