

**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda  
Convocatoria CAS  
Proceso CAS N° 028 -2021-CAS-PATPAL-FBB**

ANEXO N° 01

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres	<b>Salas Ramos, Humberto Paolo</b>		
Fecha de Nacimiento	<b>13-05-1988</b>	Lugar de Nacimiento	<b>Lima</b>
Documento de Identidad	<b>45170550</b>	Estado Civil	<b>Soltero</b>
Dirección	<b>Jr. Chamaya 1129 Dpto. 202</b>		
N° Celular / fijo / e-mail	<b>969973386</b>	<b>(01)4317128</b>	<b>salas7red@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	<b>UNMSM</b>	<b>Bachiller</b>	<b>Nutrición</b>	<b>2010-2016</b>
Título Profesional	<b>UNMSM</b>	<b>Licenciado</b>	<b>Nutrición</b>	<b>2018</b>
Postgrado O Diplomado	<b>Escuela de Gobierno</b>	<b>Diplomado</b>	<b>Salud Pública</b>	<b>2020</b>
Maestría				
Doctorado				
Otros.....				

**III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA**

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	<b>Competencias Socioemocionales</b>	<b>Junio 2021 – Setiembre 2021</b>	<b>MTPE</b>	<b>Lima, Perú</b>
2	<b>Herramientas para la búsqueda de empleo</b>	<b>Junio 2021 – Setiembre 2021</b>	<b>MTPE</b>	<b>Lima, Perú</b>
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
Aldeas Infantiles SOS Callao	Salud		Término de contrato temporal
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Nutricionista	Julio 2019	Diciembre 2019	6 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
Nutricionista del Programa “Cuida de mí”. Realización de sesiones y talleres educativo-nutricionales a cuidadoras, niños y adolescentes. Mediciones de toma de peso y talla a los niños y niñas. Inspecciones a hogares, revisión de planificaciones de menús mensuales.			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
DIRESA Callao	Salud		Término de labores
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Nutricionista	Noviembre 2018	Octubre 2019	1 año
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
Servicio rural y urbano marginal en salud en modalidad equivalente en Dirección Regional de Salud del Callao. Actividades realizadas: consultas nutricionales a todos los grupos etarios, talleres educativos en colegios, sesiones demostrativas de “Alimentación complementaria y en gestantes”, visitas domiciliarias, seguimiento y control de niños con anemia en la jurisdicción, participaciones en campañas de salud.			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Servicio de Medicinas PRO-VIDA	Salud		Término de contrato de suplencia
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Nutricionista	Julio 2018	Octubre 2018	3 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
Contrato por suplencia durante 3 meses en policlínico ubicado en Magdalena del Mar. Atención nutricional en consultorio y realización de sesiones educativas para niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y gestantes.			

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

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

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 **21** del mes de **setiembre** 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,..... **Humberto Paolo Salas Ramos**.....  
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° ..... **45170550**....., mediante la presente le solicito se me considere para participar en la convocatoria **Proceso CAS N° XXX-2021**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

..... **Proceso CAS N° 028 -2021-CAS-PATPAL-FBB 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: **21** del mes de **setiembre** 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	( ) ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Auditiva	( ) ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Visual	( ) ( <input checked="" type="checkbox"/> )
Mental	( ) ( <input checked="" type="checkbox"/> )

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

Licenciado de las Fuerzas Armadas	(SI) ( <input checked="" type="checkbox"/> )
-----------------------------------	--

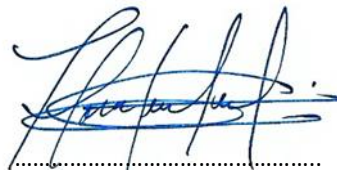
**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**  
**ANEXO N° 02**

**Formato 2-A**

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

Yo,.....**Humberto Paolo Salas Ramos**....., identificado (a)  
con DNI N° .....**45170550**....., con domicilio en .....**Jr. Chamaya 1129 Dpto. 202 - Breña**.....,  
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 .....**setiembre**..... de **2021**



**FIRMA DEL POSTULANTE**


**Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda**  
Formato 2-B

**DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES**

Yo,.....**Humberto Paolo Salas Ramos**.....identificado (a) con DNI N°.....**45170550**....., con domicilio en.....**Jr. Chamaya 1129 Dpto. 202 - Breña**....., 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 .....**setiembre**..... 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, ..... **Humberto Paolo Salas Ramos** .....

Identificado (a) con DNI N° ..... **45170550** .....

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 .....**setiembre**..... 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:.....**Humberto Paolo Salas Ramos**.....

Firma :..........

D.N.I. N° :.....**45170550**.....

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

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

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

Fecha :.....**21 de setiembre de 2021**.....

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**

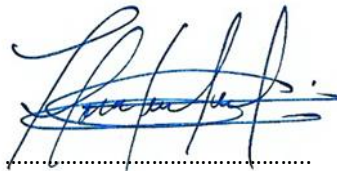
Yo,.....**Humberto Paolo Salas Ramos**.....,  
identificado (a) con DNI N° .....**45170550**....., con domicilio fiscal en  
.....**Jr. Chamaya 1129 Dpto. 202 - Breña**.....,  
declaro bajo juramento que tengo conocimiento de la siguiente normatividad:

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 .....**setiembre**..... de **2021**



FIRMA DEL POSTULANTE