

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS N° 012-2021-PATPAL-FBB

FICHA DE POSTULACIÓN

Señores:

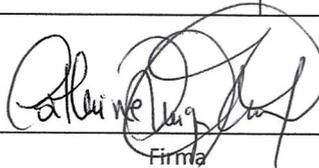
PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-FELIPE BENAVIDES BARREDA

Atte.: *Comité de Contratación Administrativo de Servicios*

| | |
|------------------------------------|---------------|
| SERVICIO Y/O PUESTO AL QUE POSTULA | GUARDAPARQUES |
|------------------------------------|---------------|

1. DATOS PERSONALES

| | | | | | | |
|---|--------------|--------------------------|-------------|---------------------------------|----------------------|-------|
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | |
| QUISPE | | FLORES | | CATHERINE ALICIA | | |
| EDAD | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| 40 | SOLTERA | DEPARTAMENTO / PROVINCIA | DISTRITO | | (DÍA) | (MES) |
| | | LIMA | COMAS | | 29 | 03 |
| | | (AÑO) | 1981 | | | |
| SEXO | | DOCUMENTOS | | | | |
| F | M | N° DNI | N° RUC | N° BREVETE | CATEGORÍA DE BREVETE | |
| X | | 42823827 | 10428238279 | | | |
| DOMICILIO ACTUAL | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | N°/ LT/MZ | DISTRITO | DEPARTAMENTO | PROVINCIA | |
| AV.MICHAELA BASTIDAS CUADRA 9 CONDOMINIOS TORRES DEL CAMPO BLOCK F8 DPTO. 807 | | | COMAS | LIMA | LIMA | |
| TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO | | | | | | |
| FIJO | | CELULAR | | DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO | | |
| 3714461 | | 951363396 | | k_quispe_flores@hotmail.com | | |



Firma

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

| Cargo desempeñado | Inicio (MM/AA) | Culminación (MM/AA) | Tiempo de servicio |
|---|----------------|---------------------|--------------------|
| FISCALIZACION | DICIEMBRE 2015 | ABRIL 2017 | 01 AÑO Y 04 MESES |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO | | | |
| a) Atender quejas vecinales y atención de llamadas de la central de alertas | | | |
| b) Atender expedientes administrativos | | | |
| c) Controlar establecimientos comerciales, realizar operativos con el área de sanidad | | | |

(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 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.