

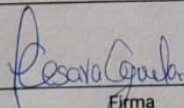
FICHA DE POSTULACIÓN

Señores:  
PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-FELIPE BENAVIDES BARREDA  
Atte.: Comité de Contratación Administrativo de Servicios

SERVICIO Y/O PUESTO AL QUE POSTULA	ARQUITECTO
------------------------------------	------------

1. DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
AGUILAR		Bonteo		CESAR ALBERTO			
EDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		
		DEPARTAMENTO / PROVINCIA	DISTRITO		(DÍA)	(MES)	(AÑO)
34	Casado	Piura	Jesus Maria		19	SET.	1987
SEXO		DOCUMENTOS					
F	M	N° DNI	N° RUC	N° BREVETE	CATEGORÍA DE BREVETE		
	Y	44765094	10447650997	-	-		
DOMICILIO ACTUAL							
DIRECCIÓN		N°/ LT/MZ	DISTRITO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA		
Daniel Alades Coron		MZ. A LT. 44	Santa Clara de Piura	Lima	Lima		
TELÉFONOS / CORREO ELECTRONICO							
FIJO		CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			
-		980 579013		mdc 852@hotmail.com			

  
Firma

Convocatoria CAS  
Proceso CAS N° XXX -2021-CAS-PATPAL-FBB

ANEXO N° 01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	AGUIAR ROMERO César AUGUSTO		
Fecha de Nacimiento	19/SET/1987	Lugar de Nacimiento	Jarus Hacia
Documento de Identidad	44765099	Estado Civil	Casado
Dirección	Daniel Alvarado Cerón H.a. 11 Lt. 44 - STP.		
N° Celular / fijo / e-mail	98057903		mdc952@hotmail.com

II. ESTUDIOS REALIZADOS

TÍTULO O GRADO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, CIUDAD Y PAÍS	GRADO ACADÉMICO	ESPECIALIDAD	TIEMPO DE ESTUDIOS (FECHA DE EXPEDICIÓN)
Estudios Técnicos				
Bachillerato	U. Ricardo Palma,	Escu. Ingc Arquitecto	Arquitecto	2010
Título Profesional	U. Ricardo Palma	Arquitecto	Arquitecto	2015
Postgrado O Diplomado				
Maestría	U. Ricardo Palma		Gestión Operativa	en proceso.
Doctorado				
Otros.....				

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	Curso - Especialista Técnico de Obra.	18 - 21 octubre	GENCILO	Lima
2	Seminario - Capataz Seguridad	05 - 11 octubre	CAP - UMA	Lima
3	Diplomado - Seguridad y Salud en el Trabajo	14 - 18 NOVIEMBRE	CIP - UIMA	Lima
4	Control y Supervisión de Obra	01 - 02 JUNIO	CAP - UIMA	Lima



Año del Bicentenario del Perú: 200 años de

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
Municipalidad Surco			
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Fiscalizado Obra	Mayo 2019	Noviembre 2010	Año 7 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Supervisión de Obra			
b) Pasaron de licencias			
c) Revisión de planos.			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Municipalidad San Mateo P.			
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Evaluación Expedient.	Mayo 2016	Febrero 2018	Año y 9 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Emisión de Expediente Técnico			
b) levantamientos.			
c)			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Municipalidad Alameda			
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Pasador de Expedientes	ABRIL 2014	ABRIL 2016	2 años.
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Pasador de Expediente Técnico			
b) levantamientos.			
c)			



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

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

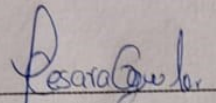
¿Tiene algún tipo de discapacidad?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:		

¿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 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.