



PARQUE DE LAS  
LEYENDAS

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS

Proceso CAS N° 032 -2021-CAS-PATPAL-FBB

ANEXO N° 01

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres	Rivera Peña Maña Fernanda		
Fecha de Nacimiento	14/07/1997	Lugar de Nacimiento	Chimbote
Documento de Identidad	71334727	Estado Civil	Soltera
Dirección	Urb. 200 Millas H2-P- Lt 24 (cuarto piso), Callao		
N° Celular / fijo / e-mail	923640505		fernandanivera878@gmail.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				
Bachillerato	Universidad Nacional del Santa	Bachiller en Com. social	Comunicación Social	01/04/2015 - 31/12/2019 exp. 10/09/2020
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	Seminario: Calidad de Atención al Usuario	01/09/2020	CFO CAP	Ayacucho, Perú
2	Talleres Lenguaje de Seños Penana Bisito	21/06/2021 - 23/07/2021	Centro de Capacitación Fel Perera	Lima, Perú
3	Aprobación del curso: Asesor de ventas	agosto de 2017	UNP	Chimbote, Perú
4	Uso de las tecnologías de Información y Comunicación	junio de 2017	UNP	Chimbote, Perú

**IV. EXPERIENCIA**

PARQUE DE LAS  
LEYENDAS

www.leyendas.gob.pe  
Tel: (511) 644 9200

Página 1 de 9



MUNICIPALIDAD DE  
LIMA



Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

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
Red de Salud Pacífico Sur	Salud	043-311130	Término de contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Asistente Administrativo	01/02/2021	15/06/2021	04 meses y 15 días
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Recibir y tramitar pedidos, solicitudes y reclamaciones de afiliados al SIS.			
b) Realizar talleres virtuales sobre afiliación al SIS.			
c) Interactuar con clientes, afiliados, suscriptores y público en general.			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
Salud Asesores Corporativos		043-468359	Renuncia
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Asistente de Relaciones Públicas	01/01/2020	05/09/2020	08 meses y 04 días
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Proponer, formular e implementar las estrategias y lineamientos de comunicación.			
b) Difundir información de interés y las actividades institucionales a los medios de comunicación.			
c) Redacción de notas de prensa, contenidos gráficos y audiovisuales.			

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)			
b)			
c)			

(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 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.





ANEXO N° 01-A  
CARTA DE PRESENTACION DEL POSTULANTE

Señores

PATRONATO DEL PARQUE DE LAS LEYENDAS-FELIPE BENAVIDES BARREDA

Presente.-

Yo, Maña Fernanda Rivera Peña  
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 71334727, mediante la presente le solicito se me considere para participar en la convocatoria Proceso CAS N° 032-2021, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

Convocatoria N° 032 - 2021 - PATPAL - FBB Apoyo Operativo y atención al cliente en vivero casa Verde  
(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)	(NO)
Tipo de Discapacidad		
Física	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mental	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Licenciado de las Fuerzas Armadas (SI)

ANEXO N° 02

Formato 2-A

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

Yo, María fernanda Rivera Peña  
identificado (a) con DNI N° 71334727, con domicilio en Urb. 200 millas H2. P -  
Lt 24 (cuarto piso), callao, callao, callao., 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

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, María Fernanda Rivera Peña.....identifica  
do (a) con DNI N° 71334727.....  
con domicilio en Urb. 200 millas H2. P- Lt 24 (cuarto piso), Callao, 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, María Fernanda Rivera Peña  
Identificado (a) con DNI N° 71334727

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



Formato - 2 D

**DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO**

Por medio del presente, declaro expresamente que a la fecha ( ) SI, (  ) 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: Maíza Fernanda Rivera Peña  
 Firma: [Firma]  
 D.N.I. N°: 71334727  
 Condición Laboral: \*\*\*\*\*  
 Cargo: \*\*\*\*\*  
 Dirección u Oficina: \*\*\*\*\*  
 Fecha: 21 / 09 / 2021

**Leyenda:**

- (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.



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

Yo, María Fernanda Rivera Peña  
identificado (a) con DNI N° 71334427, con domicilio fiscal en  
Urb. 200 Millas H2. P - Lt 29 (cuarto piso) , callao, callao, callao.  
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