

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

**Proceso CAS N° 042 -2021-CAS-PATPAL-FBB**

**ANEXO N° 01**

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombres	<b>GUTIERREZ MANSILLA CAMILO ALFONSO</b>		
Fecha de Nacimiento	<b>16/02/1979</b>	Lugar de Nacimiento	<b>La victoria</b>
Documento de Identidad	<b>40127806</b>	Estado Civil	<b>Casado</b>
Dirección	<b>Jr. Unanue 208, Magdalena del Mar</b>		
N° Celular / fijo / e-mail	<b>994151734</b>		<b>Camiloagm2@gmail.com</b>

**II. ESTUDIOS REALIZADOS**

TÍTULO O GRADO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, CIUDAD Y PAÍS	GRADO ACADÉMICO	ESPECIALIDAD	TIEMPO DE ESTUDIOS (FECHA DE EXPEDICIÓN)
<i>Estudios Técnicos</i>	Inst. San Agustín – ISAT (6to ciclo)	Concluido	Desarrollo de Sistemas de Información	2018 - 2021
	Inst. IDAT	Concluido	Técnico en reparación y Mantenimiento de Microcomputadoras	2003 - 2005
<i>Bachillerato</i>				
<i>Título Profesional</i>				
<i>Postgrado O Diplomado</i>				
<i>Maestría</i>				
<i>Doctorado</i>				
<i>Otros.....</i>				

**III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA**

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS

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

1	<b>TRAMITE DOCUMENTARIO Y ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS</b>	01/03/2021 - 26/03/2021	INSTITUTO DE CAPACITACIÓN LABORAL EMPRESARIAL PROFESIONAL
2	<b>SECRETARIADO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA</b>	01/02/2021 - 26/02/2021	INSTITUTO DE CAPACITACIÓN LABORAL EMPRESARIAL PROFESIONAL
3	<b>SIAF - SIGA</b>	03/02/2020 - 21/02/2020	INCLEP
4	<b>TECNICO EN COMPUTACION</b>	01/06/2018 - 23/11/2018	Inst. LATINO

**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
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	SALUD	424-8329	FIN DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ASISTENTE ADMINISTRATIVO	01/04/2020	30/06/2021	1 año y 5 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redactar y elaborar documentos</li> <li>• Revisar y preparar la documentación para la firma respectiva. "Evaluar y seleccionar la documentación para su archivo, según corresponda".</li> <li>• Concertar y Confirmar reuniones de trabajo.</li> <li>• Coordinar la organización del sistema de trámite documentario</li> <li>• Redactar y elaborar documentos</li> <li>• Revisar y preparar la documenta</li> <li>• Organizar y mantener actualizado el sistema de trámite y archivo documentario.</li> <li>• Distribuir y entregar documentos a las oficinas y servicios correspondientes en el HEP.</li> <li>• Decepcionar y atender llamadas telefónicas.</li> <li>• Ingresar pedidos de bienes y servicios de los Departamentos y Servicios al SIGA.</li> <li>• Ingresar datos de los documentos recibidos diariamente al sistema de tramite documentario del HEP.</li> <li>• Apoyo informático al Departamentos y Servicios.</li> <li>• Atender a las personas que acudan a la Oficina de Jefaturas Médicas, cuando solicitan información.</li> <li>• Informar sobre el estado situacional de los trámites seguidos por los usuarios.</li> <li>• Clasificar, ordenar y archivar documentación.</li> <li>• Apoyo a otras Jefaturas (DAD, DEMG y Servicios).</li> <li>• Apoyo en el ingreso de programación de guardias de los Departamentos y Servicios.</li> <li>• Otras actividades que su Jefatura Disponga.</li> </ul>			



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

<b>2. Nombre de la entidad o empresa</b>	<b>Rubro</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Motivo de Cese</b>
<b>Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”</b>	SALUD	6149200	FIN DE CONTRATO
<b>Cargo desempeñado</b>	<b>Inicio (MM/AA)</b>	<b>Culminación (MM/AA)</b>	<b>Tiempo de servicio</b>
<b>Servicio de Apoyo Administrativo</b>	01/04/2019	31/12/2019	9 meses
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Apoyo informático a nivel del sistema SIGA y de Farmacia en las acciones administrativas y asistenciales de gestión y atención en el suministro de productos farmacéuticos a los usuarios en general del servicio de farmacia.</li> <li>•Coordinación, trámites, archivamiento y consolidación de las compras urgentes, cambios de cuentas, anulaciones, solicitadas a farmacia mensualmente por los usuarios en general.</li> <li>•Realización del ICI mensual del Servicio de Farmacia y realizar el envío respectivo en la plataforma digital del SISMED.</li> <li>•Coordinación con almacenes para los inventarios mensuales o anuales.</li> <li>•Velar por la conservación del acervo documentario. Apoyar a Jefatura en las coordinaciones con los usuarios externos DIGEMID, I.G.S.S, y otras instituciones de salud sobre actividades relacionadas a Farmacia.</li> <li>•Otras actividades que asigne la Jefatura Inmediata.</li> </ul>			

<b>3. Nombre de la entidad o empresa</b>	<b>Rubro</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Motivo de Cese</b>
<b>Hospital de Emergencias Pediátricas</b>	SALUD	424-8329	TERMINO DE CONTRATO
<b>Cargo desempeñado</b>	<b>Inicio (MM/AA)</b>	<b>Culminación (MM/AA)</b>	<b>Tiempo de servicio</b>
<b>Servicio de Apoyo Administrativo</b>	01/01/2018	31/01/2019	1 año y 1 mes
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo informático a nivel del sistema SIGA y de Farmacia en las acciones administrativas y asistenciales de gestión y atención en el suministro de productos farmacéuticos a los usuarios en general del servicio de farmacia.</li> <li>• Digitar y conciliar con el MEF la codificación de especificaciones técnicas de nuevos dispositivos médicos y productos farmacéuticos en general que se solicitan a farmacia o viceversa los usuarios asistenciales o administrativos.</li> <li>• Consolidado de compras urgentes, cambios de cuentas, anulaciones, solicitadas a farmacia mensualmente por los usuarios en general.</li> <li>• Reportes de NOTAS DE PEDIDO realizados en el sistema SIGA ejecutados o pendientes.</li> <li>• Recepción, registro, digitación, consolidación, organización y archivamiento de los documentos de gestión interna y externa del área de Almacén Especializado.</li> <li>• Digitación de los reportes de emisiones y seguimientos de PECOSAS por Transferencias externas del Almacén Especializado.</li> </ul>			

<b>4. Nombre de la entidad o empresa</b>	<b>Rubro</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Motivo de Cese</b>
<b>TRANSFAR SUPPLIES COMPUTER</b>	SOLUCIONES INFORMATICAS	6129500	RENUNCIA VOLUNTARIA
<b>Cargo desempeñado</b>	<b>Inicio (MM/AA)</b>	<b>Culminación (MM/AA)</b>	<b>Tiempo de servicio</b>
<b>Técnico en Soporte</b>	01/04/2011	27/04/2018	7 años
<b>DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Configuración de protocolos y soporte remoto (TeamViewer), mapeo de unidades de RED y administración de recursos dentro del Dominio o Grupo de Trabajo, configuración de cuentas IP de acuerdo a la infraestructura de la empresa.</li> <li>•Mantenimiento y Reparación de Computadoras y Laptops</li> <li>•Cableado Estructurado</li> <li>•Configuración de arreglos de discos en servidores HP, IBM</li> <li>•Instalación y mantenimiento de servidores HP, IBM y DELL</li> <li>•Programación y diagramación en Flash CS4.</li> <li>•Manejo de Dreamweaver CS4</li> <li>•Configuración intermedia de redes</li> <li>•Windows XP, Vista, Seven, windows 8.1, windows 10 y Office 2003, 2007, 2010, 2013 y 365 (nivel avanzado)</li> <li>•Adobe Photoshop, Dreamweaver, Flash e Illustrator CC</li> <li>•Action Script 3.0, PHP y HTML</li> <li>•Usuario avanzado de Internet y antivirus.</li> <li>•Herramientas de diagnóstico de sistemas .</li> </ul>			

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

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

**V. DATOS COMPLEMENTARIOS**

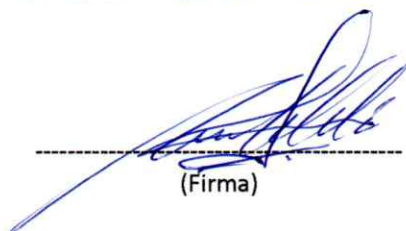
<i>¿Tiene algún tipo de discapacidad?:</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>SI (*)</b>
<i>(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:</i>		
<b>Registro CONADIS - Nro. de Carnet:</b>		

<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 25 del mes de Octubre 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, Camilo Alfonso Gutiérrez Monsilla  
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 40127806, mediante la presente le solicito se me considere para participar en la convocatoria **Proceso CAS N° 042-2021**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

Asistente Administrativo en Concesiones  
(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 25 de Octubre de 2021

  
FIRMA DEL POSTULANTE

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

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI) ( <input checked="" type="checkbox"/> NO)
Tipo de Discapacidad	
Física	( ) ( )
Auditiva	( ) ( )
Visual	( ) ( )
Mental	( ) ( )

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

Licenciado de las Fuerzas Armadas (SI) (NO)

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, Camilo Alfonso Gutiérrez Mansilla,  
identificado (a) con DNI N° 40127806, con domicilio en Jr. Manuel 208  
Magdalena del Mar - Lima - Lima, 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 25 de Octubre de 2021



FIRMA DEL POSTULANTE

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, Csm. To. Alfonso Gutiérrez Mansilla.....identifica  
do (a) con DNI N° 40127806.....  
con domicilio en Jr. Manuel 208, Magdalena del Mar....., 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 25 de Octubre 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, Camilo Alfonso Gutiérrez Mansilla.....  
Identificado (a) con DNI N° 40127806.....

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...25 de Octubre..... 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:

Nº	Apellidos y Nombres Completos del Familiar	Dependencia en la que labora el Familiar	Fecha de ingreso del familiar (Nº 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:..... *Cosimo Gutierrez Mansilla*

Firma :..... *[Firma manuscrita]*

D.N.I. Nº :..... *40127806*

Condición Laboral :..... \*\*\*\*\*

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

Dirección u Oficina :..... \*\*\*\*\*

Fecha :..... *25 de Octubre de 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.

**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, Camillo Alfonso Gutiérrez Mansilla,  
identificado (a) con DNI N° 40127806, con domicilio fiscal en  
Jr. Umanue 208, Magdalena del Mar,  
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 25 de Octubre de 2021

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