

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS N° 001 -2022-PATPAL-FBB

Proceso N° 004 -2022

ANEXO N° 01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	Uribe Pulache Miguel Ángel		
Fecha de Nacimiento	10/02/1985	Lugar de Nacimiento	Lima – Jesús María
Documento de Identidad	42824092	Estado Civil	Soltero
Dirección	Av. Víctor Raúl Haya de la Torre 864- La Perla Alta – La Paz		
N° Celular / fijo / e-mail	945220551	014202743	maup1985@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	INST. POUSSIN	Diseño Publicitario	Diseño	2008 al 2010
Bachillerato				
Título Profesional				
Postgrado O Diplomado				
Maestría				
Doctorado				
Otros.....	COLEG. PRE-UNIV. SACO OLIVEROS	Secundaria Completa		1998 al 2002

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1				
2				
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
Grupo La Luz	Clínica la Luz (servicios hospitalarios)	01 6139292	Termino de contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajero-Digitador	03/2018	01/2021	2 año, con 11 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Atención al cliente y orientación.			
b) Cajero Digitador.			
c) Cobranza, Registro de pacientes, reconocimiento de billetes.			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
EMUSS o Empresa Municipal Santiago de Surco S.A.	Servicios hospitalarios	01 7176351	Termino de contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajero-Digitador	04/2014	09/2015	1 año, con 5 meses
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Atención al cliente y orientación.			
b) Cajero Digitador, llenado de historias clínicas.			
c) Cobranza, Registro de pacientes, reconocimiento de billetes.			


42824092

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

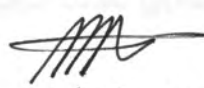
3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
HOSPITAL DE SOLIDARIDAD (SISOL)	Servicios hospitalarios	0	Termino de contrato
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
Cajero-Digitador	09/2009	04/2012	
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Atención al cliente y orientación.			
b) Cajero Digitador, llenado de historias clínicas.			
c) Cobranza, Registro de pacientes, reconocimiento de billetes.			

(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.		


42824092

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

<p>¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI ()
<p>De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición</p>		

Declaro que la información proporcionada es veraz y exacta, y, en caso necesario, autorizo su investigación.

Declaración que formulo el 01 del mes de **Abril** de 2022.


<p>¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?</p>	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI ()
<p>De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición</p>		
<p>¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI ()
<p>De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición</p>		
<p>¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI ()
<p>De ser afirmativa la respuesta, por favor adjuntar documento que acredite tal condición</p>		



(Firma) 42824092

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

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.


42824092

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,.....**Miguel Ángel Uribe Pulache**.....
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N°**42824092**....., mediante la presente le solicito se me considere para participar en la **CONVOCATORIA CAS N° 001 -2022** del **PROCESO N° 004 -2022**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

..... **SERVICIO DE APOYO EN BOLETERIA**.....
(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...**01**... de**Abril**..... de 2022

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

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

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI) (NO)x
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)x



42824092



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,.....**Miguel Angel Uribe Pulache**....., identificado (a) con DNI N°**42824092**....., con domicilio en **Av. Víctor Raúl Haya de la Torre 864 La Perla Alta con la Av. La Paz**....., 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...**01**..... de**Abril**..... de 2022

.....
FIRMA DEL POSTULANTE
42824092



Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo,.....**Miguel Angel Uribe Pulache**.....

.....
identificado (a) con DNI N°.....**42824092**....., con
domicilio en..... **Av. Víctor Raúl Haya de la Torre 864 La Perla Alta con la Av. La Paz**
....., declaro bajo juramento no percibir ingresos por parte del Estado¹; 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.....**01**... de**Abril**..... de 2022



.....
FIRMA DEL POSTULANTE
42824092

¹ 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,.....Miguel Angel Uribe Pulache

....., Identificado (a) con DNI N°
.....42824092.....

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...01... deAbril..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

47024092

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:.....

Firma :

D.N.I. N° :

Condición Laboral : *****

Cargo : *****

Dirección u Oficina : *****

Fecha :

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.


42824092

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,.....**Miguel Angel Uribe Pulache**

identificado (a) con DNI N°42824092....., con domicilio fiscal en

Av. Víctor Raúl Haya de la Torre 864 La Perla Alta con la Av. La Paz

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.....**01**.... de**Abril**..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

4282 4092