

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	SALINAS FLORES MELANIN		
Fecha de Nacimiento	20/06/1977	Lugar de Nacimiento	BELLAVISTA / CALLAO
Documento de Identidad	10620888	Estado Civil	
Dirección	Mz. C Lt 32 URB. LAS AMÉRICAS DE CARABAYLLO		
N° Celular / fijo / e-mail	933 376579		SALINAS.MELANIN@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	CEPEBAN, LIMA - PERU	EGRESADA	ADMINISTRACIÓN BANCARIA	3 AÑOS (2002 - 2005)
Bachillerato				
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	CAJERO DE SERVICIOS	10/2020 - 11/2020	CEPEBAN	LIMA / PERÚ
2	CALIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANO	08/2020 - 09/2020	CEPEG	LIMA PERÚ
3	EXCEL EMPRESARIAL	09/2019 - 06/2020	UNI	LIMA PERÚ
4	MS WORD	11/2020 - 12/2020	UNI	LIMA PERÚ



Handwritten signature

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
HOSPITAL SISOL SALUD	SALUD	264 2222	RENUNCIA
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERA DIGITADORA	05/2019	09/2020	01 AÑO, 04 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) ATENCIÓN EN VENTANILLA AL PACIENTE. VENTA DE CONSULTAS Y/O EXÁMENES MÉDICOS b) EMITIR BOLETA Y FACTURA ELECTRÓNICA. COBRAR EN EFECTIVO Y/O TARJETA VISA Y MASTERCARD. DIGITACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS. c) CUADRE DE CAJA, CIERRE DE POS. ENTREGA DE LIQUIDACIÓN A ADMINISTRACIÓN.			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
GRAN HOTEL BOLÍVAR	HOTETERIA Y TURISMO	619 7171	RENUNCIA
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERA	01/2015	09/2018	03 AÑOS, 08 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) LIQUIDACIÓN DE INGRESOS DIARIOS. MANEJO DE CAJA CHICA. b) ATENCIÓN DE RECLAMOS REFERENTE A FACTURACIÓN Y COBRANZA. c) EJECUTAR OPERACIONES VÍA BANCA ELECTRÓNICA. GESTIONAR Y TRAMITAR DOCUMENTOS.			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
GRAN HOTEL BOUVAR	HOTELERIA Y TURISMO	619 7171	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERA	12/2010	10/2014	03 AÑOS, 10 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) FACTURAR Y COBRAR LAS COMANDAS DE LAS RESERVAS Y EVENTOS CON EFETIVO, TARJETAS, DEPOSITOS, ETC. b) ORIENTAR Y ATENDER AL CUENTE. OPERAR SISTEMA INFOREST c) CUADRE DE CAJA Y EFECTIVO. REPORTE DE INGRESOS A TESORERÍA			

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





Handwritten signature

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

4. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
CLÍNICA MAISON DE SANTE	SALUD	619-6000	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
CAJERA	06/2009	12/2009	0 AÑOS , 6 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) EMITIR COMPROBANTES DE PAGO (SOLES Y DÓLARES) TARTETAS (VISA, DINERS, MASTER CARD). ORIENTAR AL PACIENTE REFERENTE AL STAFF MEDICO Y HORARIOS DE ATENCIÓN.			
b) OPERAR EL SISTEMA E INGRESAR HISTORIAS CLÍNICAS			
c) OTORGAR CITAS TELEFONICAMENTE . CUADRAR CAJA , CIERRE DE POS -			

5. 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) <hr/>			
b) <hr/>			
c) <hr/>			





ex
AW

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

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 el01..... del mes deABRIL..... de 2022.

(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.





Handwritten mark

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, MELANIN SALINAS FLORES.....

(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 10620888....., 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

Handwritten signature

.....
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)





Al

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, MELANIN SALINAS FLORES,
identificado (a) con DNI N° 10620888, con domicilio en Mz. C. Lt. 32 URB. LAS
AMÉRICAS DE CARABAYLLO, 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

Al

FIRMA DEL POSTULANTE



of
S/

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, MELANÍN SALINAS FLORESidentifica
do (a) con DNI N° 10620888,
con domicilio en Mz. C. Lt. 32 Urb. Las Américas de Cayallo, 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

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, MELANÍN SAUÑAS FLORES

Identificado (a) con DNI N° 10620888

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 de ABRIL de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE



Handwritten signature

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: MELANIN SALINAS FLORES

Firma: *[Handwritten Signature]*

D.N.I. N° 10620888

Condición Laboral: _____

Cargo: _____

Dirección u Oficina: _____

Fecha: 01/04/2022

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.





Salas

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, MELANÍN SALINAS FLORES,
identificado (a) con DNI N° 10620888, con domicilio fiscal en
Mz C. Lt. 32 Urb. Las Américas de Carabayllo,
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

Salas

FIRMA DEL POSTULANTE