

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

**Convocatoria CAS N°002-2022-PATPAL-FBB
Proceso N°005-2022**

ANEXO N°01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	RUIZ MUÑOZ BRECID EVONNI		
Fecha de Nacimiento	24/12/89	Lugar de Nacimiento	LIMA
Documento de Identidad	46106498	Estado Civil	CASADA
Dirección	ALFREDO NOVOA 307 URB. MARANGA - SAN MIGUEL		
N° Celular / fijo / e-mail	940162245	-	brenni_1624@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	I.S.P. "IPAL" LIMA, PERÚ	TÉCNICO SUPERIOR	TÉCNICO DE ENFERMERÍA	3 AÑOS (19/12/11)
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	ACTUALIZACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL	30 AL 31 ENERO 2020	REBAGLIATI DIPLOMADOS	LIMA / PERÚ
2	TALLER DE ESPECIALIZACIÓN PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA	06 AL 15 MARZO 2019	REBAGLIATI DIPLOMADOS	LIMA / PERÚ
3	ACTUALIZACIÓN EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA, ADULTO Y GERIATRÍA	21 FEBRERO AL 02 MARZO 2019	REBAGLIATI DIPLOMADOS	LIMA / PERÚ
4	ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE JALUCO	14 AL 10 FEBRERO 19	REBAGLIATI DIPLOMADOS	LIMA / PERÚ



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
ONCO SALUD	SALUD	513 4900	FIN DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
TECNICO DE ENFERMERIA	06/20	04/22	1 AÑO 6 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) RECEPCIÓN DEL PACIENTE, MONITOREO DE TRIAJE, ACOMPAÑAMIENTO Y ORIENTACIÓN			
b) ACOMPAÑAMIENTO A EXAMENES COMPLEMENTARIOS.			
c) BRINDAR COMFORT, SEGURIDAD DURANTE LA ESTADIA DEL PACIENTE			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
CLINICA CENTENARIO	SALUD	208 8000	MEJORA LABORAL
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
TECNICO DE ENFERMERIA	03/97	06/20	3 AÑOS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) TRIAJE DEL PACIENTE, ORIENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y CONSULTAS.			
b) APOYO AL MEDICO Y ENFERMERAS EN PROCEDIMIENTOS.			
c) ABASTECIMIENTO DE MATERIALES Y EQUIPOS PARA CONSULTORIOS.			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
CLINICA SAN GABRIEL	SALUD	614 2200	MEJORA LABORAL
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
TECNICO DE ENFERMERIA	12/15	02/17	2 AÑOS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) RECEPCIÓN DE CITA, ASIGNACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.			
b) APOYO EN CONSULTA AL MEDICO, ORIENTAR AL PACIENTE EN INDICACIONES.			
c) BRINDAR CITA Y MANTENER AGENDA MEDICA ORDENADA.			

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

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 el 17 del mes de MAYO 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.

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, BRECIAS EVONNI RUIZ MUÑOZ
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N° 46106498, mediante la presente le solicito se me considere para participar en la **CONVOCATORIA CAS N° 002-2022** del **PROCESO N° 005-2022**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

GUARDAPARQUES
(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 14 de MAYO de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

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

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI) <input checked="" type="checkbox"/>
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)

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, BRECIÁ EVONNI RUIZ MUÑOZ,
identificado (a) con DNI N° 46106498, con domicilio en ALFREDO NUÑO 304
URB. MARANGA - SAN MIGUEL, 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, 14 de NOVIEMBRE de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo, BRECIÁ EVONNI RUIZ MUÑOZ.....identifica
do (a) con DNI N° 46106498.....
con domicilio en ALFREDO NOVOA 304 URB. MARANGA - SAN MIGUEL.....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 17 de MAYO..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

¹ Aplicable a los ganadores del concurso (a partir de la suscripción del contrato).
Página 16 de 19

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, BREYLA EVONNI RUIZ MUÑOZ.....

Identificado (a) con DNI N° 46106498.....

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 17 de MAYO..... de 2022


.....
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:

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: Breicia Eyzonni Ruiz Muñoz

Firma: [Firma manuscrita]

D.N.I. N°: 46106798

Condición Laboral: _____

Cargo: _____

Dirección u Oficina: _____

Fecha: 14/05/22

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, BREGIA EVONNII RUIZ MUÑOZ,
identificado (a) con DNI N° 46106798, con domicilio fiscal en
ALFREDO NOVOA 304 URB MARANGA - SAN MIGUEL,

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 17 de MAYO de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE