

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS N° 003_-2022-PATPAL-FBB

Proceso N° 008-2022

ANEXO N° 01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	NARVA ARBAÑIL, VICTOR IGOR		
Fecha de Nacimiento	17/03/1997	Lugar de Nacimiento	LIMA
Documento de Identidad	70341746	Estado Civil	SOLTERO
Dirección	PSJ. LOS PINOS MZ. Z LT. 14 IX ETAPA PANDO – SAN MIGUEL		
N° Celular / fijo / e-mail	947127134	(01)5612090	IGORNARVA17@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	ADEX	EGRESADO	ADMINISTRACION Y NEGOCIOS INTERNACIONALES	3 AÑOS (2014 – 2016)
Bachillerato	USIL	BACHILLER	ADMINISTRACION Y NEGOCIOS INTERNACIONALES	3 AÑOS (2019 – 2021)
Título Profesional	USIL	EN CURSO	ADMINISTRACION Y NEGOCIOS INTERNACIONALES	EN CURSO
Postgrado O Diplomado				
Maestría				
Doctorado				
Otros.....	BRITANICO	CULMINADO	IDIOMA CERTIFICADO INTERNACIONAL (FCE)	3 AÑOS
Otros.....	OREANT GROUP	CULMINADO	COMPROBANTES ELECTRONICOS	40 HORAS

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA				
N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	OFIMÁTICA	2015	ADEX	LIMA
2	INGLES AVANZADO	2018	BRITANICO	LIMA
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
MAPFRE	SEGUROS	2133333	AMBIENTE LABORAL
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ASESOR COMERCIAL	06/2022	06/2022	1 MES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Brindar asesoría a los interesados en el seguro y hacer seguimiento respectivo a cada uno de ellos hasta la toma de decisión. Si la toma de decisión es positiva, seguimiento en todo su proceso. ----- b) Hacer seguimiento de cobranzas a todos los afiliados dentro del equipo. ----- c) Captar clientes de la cartera y afiliación de estos mismos. -----			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS S.A.	SEGUROS	4155830	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ENCARGADO FACTURACION Y COBRANZA	01/2020	06/2021	1.5 AÑOS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Encargado de manipular el SAP generando la facturación y realizando la compensación para el envío de información a contabilidad. ----- b) Encargado del cruce de información con respecto a los comprobantes emitidos. Supervisión de control de indicadores para efectividad de cobranzas. Manejo de reportes KPI para todos los clientes de la empresa. ----- c) Control de ingresos netos y totales de la empresa. Cobranzas a los distintos principales clientes de la empresa SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS. -----			

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS S.A.	SEGUROS	4155830	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
EJECUTIVO DE CUENTAS	01/2019	12/2019	1 AÑO
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<p>a) Encargado de los procesos de afiliación y gestión de siniestros de salud para los clientes MEF – SEDAPAL – PETROPERU – MINCETUR. Encargado del movimiento de afiliados en las plataformas web internas; así como, de la verificación de la documentación requerida para los procesos de afiliación, exclusión y/o cambios de plan.</p> <p>b) Orientación al afiliado en el conocimiento de los planes de salud. Coordinación y verificación de las prestaciones de salud con la Clínicas de cada red prestacional por Cliente. Generación de órdenes de atención y cartas de garantía. Coordinación con auditoría médica para la correcta prestación de servicios.</p> <p>c) Supervisión en la gestión del asegurado, correspondiente al proceso de Reclamos de acuerdo a las normativas de Reclamos en Salud vigentes.</p>			

4. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
SISTEMAS ALTERNATIVOS DE BENEFICIOS S.A.	SEGUROS	4155830	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ASISTENTE DE LIQUIDACION	08/2018	12/2018	4 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
<p>a) Apoyo en la gestión de la liquidación de expedientes correspondientes a las atenciones médicas de las IAFAS públicas y privadas de los Autoseguros del Ministerio de Economía y Finanzas, Sedapal, Petroperú, Servicios Industriales de la Marina (SIMA), Corporación nacional de Petróleo de China (CNPC) y Ministerio de Comercio exterior y Turismo (MINCETUR).</p> <p>b) Manejo de Bases de Datos (Microsoft Excel) de las prestaciones médicas por cuentas. Contribuir en el proceso de mejora continua alineadas a la certificación ISO 9001:2015 para el proceso de gestión de siniestros. Coordinación con los Proveedores para la verificación del estado de sus facturas y/o requerimientos en el proceso de facturación por Autoseguro.</p> <p>c) Digitador y liquidador de procesos médicos del seguro corporativo. Disgregación de gastos asociados a los deducibles, coaseguros, beneficios entre otros en base a cada plan de salud por cliente, en los sistemas internos de liquidación corporativos.</p>			

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

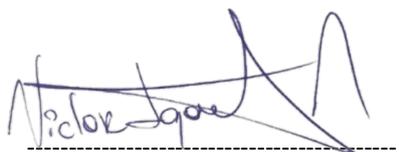
¿Tiene algún tipo de discapacidad?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
-		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:	-	

¿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 ...23.... del mes deJUNIO..... 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,.....VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL.....
(Nombre y apellido)

Identificado (a) con DNI N°70341746....., mediante la presente le solicito se me considere para participar en la **CONVOCATORIA CAS N°003 -2022 del PROCESO N°008-2022**, convocado por el PATPAL-FBB a fin de acceder al servicio cuya denominación es:

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....23.... deJUNIO..... de 2022



.....
FIRMA DEL POSTULANTE

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

Adjunta Certificado de Discapacidad	(SI) (X)
Tipo de Discapacidad	
Física	() (X)
Auditiva	() (X)
Visual	() (X)
Mental	() (X)

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

Licenciado de las Fuerzas Armadas (SI) (X)

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

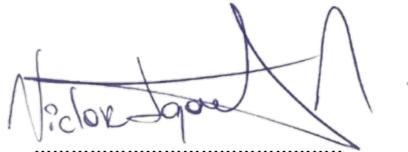
ANEXO N° 02

Formato 2-A

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

Yo,.....VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL....., identificado (a) con DNI N°70341746....., con domicilio en PASAJE LOS PINOS MANZANA Z LOTE 14 IX ETAPA PANDO 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...23... deJUNIO..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

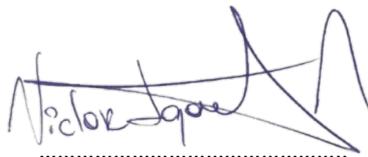
Formato 2-B

DECLARACIÓN JURADA DE AUSENCIA DE INCOMPATIBILIDADES

Yo,.....VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL....., identificado (a) con DNI N°70341746....., con domicilio en PASAJE LOS PINOS MANZANA Z LOTE 14 IX ETAPA PANDO 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...23... deJUNIO..... 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,VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL....., identificado (a) con DNI N°70341746....

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

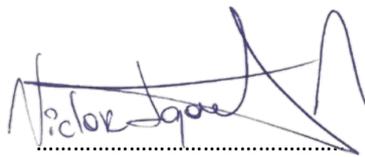
Declaro bajo juramento que en el Parque de las Leyendas – Felipe Benavides Barreda, laboran las personas cuyos apellidos y nombres indico, a quien(es) me une la:

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...23... deJUNIO..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Formato – 2 D

DECLARACION JURADA DE AUSENCIA DE NEPOTISMO

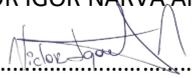
Por medio del presente, declaro expresamente que a la fecha () SI, (X) NO tengo familiares laborando en la Municipalidad Metropolitana de Lima (incluidos Organismos Descentralizados y Empresas Municipales), los cuales señalo ha:

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: VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL.....

Firma : 

D.N.I. N° :70341746.....

Condición Laboral :..... *****

Cargo : *****

Dirección u Oficina : *****

Fecha :23 de junio 2022.....

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, VICTOR IGOR NARVA ARBAÑIL....., identificado (a) con DNI N° 70341746....., con domicilio fiscal en PASAJE LOS PINOS MANZANA Z LOTE 14 IX ETAPA PANDO- 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...23... deJUNIO..... de 2022



FIRMA DEL POSTULANTE