

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

Convocatoria CAS N°003 -2022-PATPAL-FBB

Proceso N°017 -2022

ANEXO N°01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	SALAS PENI MARCO ALEXANDER		
Fecha de Nacimiento	08/10/1986	Lugar de Nacimiento	LIMA
Documento de Identidad	43867709	Estado Civil	SOLTERO
Dirección	CL. 6 MZ. 6 LT 28 URB. EL ASESOR II - SANTA ANITA		
N° Celular / fijo / e-mail	964 285 306	01 390 7045	MALEXANDER.SALASFE@GMAIL.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	IPAE - PERÚ	EGRESADO	ADM. DE NEGOCIOS	ABRIL 2016 - AGOSTO 2019
Bachillerato				
Título Profesional				
Postgrado O				
Diplomado				
Maestría				
Doctorado				
Otros.....				

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO APROX.	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	GESTION DE PERSONAS	01/07/2021-30/04/21	IPAE	LIMA/PERÚ
2	EL APRENDIZAJE EN LOS ADULTOS	06/12/2020	FUNDACION CARLOS SCHM	LIMA/PERÚ
3	KPI'S RECLUTAMIENTO Y SELECCION	06/04/2021	NETZUN	LIMA/PERÚ
4	INTERNACIONALIZAR TU EMPRESA	24-25-26/10/2012	UNIVERSIDAD CESAR V.	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
COMERCIAL TODO TENGO	RETAIL	934 421 063	MUTUO ACUERDO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
ADMINISTRADOR	AGOSTO 2021	MARZO 2022	6 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) SUPERVISAR EQUIPOS DE TRABAJO (MINIMARKET Y CAFETERIA)			
b) COMPRAS (INSUMOS Y ACTIVOS)			
c) REPORTES DE VENTAS Y GASTOS			

2. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
IMPULSA A365	TELECOMUNICACIONES	610 4900	FIN DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
FORMADOR/CAPACITADOR	JUNIO 2020	MAYO 2021	1 AÑO
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) CAPACITAR AL PERSONAL			
b) MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
c) PREPARACION DE MATERIAL DE CAPACITACION			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
IMPULSA A365	TELECOMUNICACIONES	610 4900	ASCENSO DE PUESTO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
EJECUTIVO ONLINE	NOVIEMBRE 2019	MAYO 2020	1 AÑO
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) BRINDAR INFORMACION SOBRE AFP HABITAT			
b) ENVIO DE ESTADO DE CUENTA			
c) ORIENTAR AL CLIENTE SEGUN EL TRAMITE QUE VAYA A REALIZAR			

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

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
ESPECIAL BOOK SERVICES	RETAIL	989 281 555	RECORTE DE PERSONAL
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
EJECUTIVO ONLINE	NOVIEMBRE 2015	NOVIEMBRE 2018	3 AÑOS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) ATENCION DE RECLAMOS.....			
b) SUPERVISION Y COORDINACION DEL SERVICIO DE DELIVERY.....			
c) REPORTE DE VENTAS.....			

2. 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)			
b)			
c)			

3. 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)			
b)			
c)			

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

Patronato del Parque de la Leyendas-Felipe Benavides Barreda

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

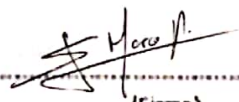
¿Tiene algún tipo de discapacidad?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:		

¿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 23 del mes de JUNIO 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.