

Convocatoria CAS
Proceso N°001- 028-2020-CAS-PATPAL-FBB

ANEXO N° 01

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	CASTAÑEDA RAMIREZ JAKILINE KARIN		
Fecha de Nacimiento	11/01/1982	Lugar de Nacimiento	PASCO
Documento de Identidad	41419027	Estado Civil	SOLTERA
Dirección	AV. TUPAC AMARU 363 URBANIZACION LAS FLORES		
N° Celular / fijo / e-mail	941402092	6767722	Kjakeline82@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				
BACHILLERATO				
TÍTULO PROFESIONAL	Universidad DANIEL ALCIDES CARRION	BACHILLER	ECONOMIA	10 SEMESTRES 16/10/2014
MAESTRÍA				

III. CAPACITACIÓN REQUERIDA PARA LA PLAZA

N°	ESPECIALIDAD	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO MM/AA	INSTITUCIÓN	CIUDAD/PAÍS
1	CURSO DE SIAF	08/2018 - 11/2018	UNIVERSIDAD SAN MARCOS	LIMA
2	COMPUTACION E INFORMATICA	05/2019 -08/2019	UNIVERSIDAD LA CANTUTA	LIMA
3	PROGRAMA FORMATIVO	03/2007-04/2007	IFB - CERTUS	LIMA

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
HERMES S.A .	BANCA Y ADMINISTRACION	6174004	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
COORDINADOR	26/10/2012	31/01/2015	2 AÑOS Y 3 MESES
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) Administración de la Micro – Agencia del Banco de la Nación b) Recibidor – Pagador. c) Cuadres de Caja y Bóveda, trabajos administrativos.			

3. Nombre de la entidad o empresa	Rubro	Teléfono	Motivo de Cese
MUNICIPALIDAD DE PASCO	CAJA	423278	TERMINO DE CONTRATO
Cargo desempeñado	Inicio (MM/AA)	Culminación (MM/AA)	Tiempo de servicio
RESPONSABLE DE CAJA	02/01/2007	30/12/2007	1 AÑO
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO			
a) ATENCION AL USUARIO b) CAUDRES DE CAJA, DEPOSITOS ACUENTAS, ATENCION POS,ETC			

4. 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) -----			

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) ----- b) -----			

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

V. DATOS COMPLEMENTARIOS

¿ Tiene algún tipo de discapacidad?:	(X) NO	() SI (*)
(*) De ser positiva su respuesta, señale el tipo de discapacidad:		
Registro CONADIS - Nro. de Carnet:		

¿Es usted Licenciado de las Fuerzas Armadas, conforme a lo dispuesto en la Resolución de Presidencia Ejecutiva No. 61-2010-SERVIR-PE?	(X) NO	() 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 09 del mes de diciembre de 2020.



(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.

