**Señor**

**PRESIDENTE DEL PROCESO DE CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA *“DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS”***

**CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO Nº 02-2023-INO**

**CÓDIGO DEL PUESTO:** ……………………………………………………………………………………………………

**Apellidos y Nombres: ………………………..**…………………………………………………………………..………

**Nro. de DNI**: ……………………………………………………………………………………………………………………..

**Unidad Orgánica:** ………………….…………………………………….…………………………………………………..

**Cargo a Postular:** …………………………………………..………………………………………………………….……..

**E-MAIL:** ………………………........................................................ **Celular:**………………………………

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Formato 1)**

Lima,…… de ..…………….. del 2023

**Señores:**

Comisión Evaluadora de Procesos de Convocatoria CAS por reemplazo

Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*

Presente.-

**ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL PROCESO DE SELECCIÓN CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO Nº 02-2023-INO**

De mi consideración:

Yo, ……………………………………………………………………………………………………… identificado con DNI N° ……………………….. con dirección domiciliaria en ……………………………………………………………………….………., teléfono fijo ………………. celular …………………… y correo electrónico …………………………………… solicito mi participación como postulante en el proceso de selección de la Convocatoria CAS por reemplazo Nº 02-2023-INO para el puesto de …………………………………………………………., con código de puesto ….………………., para lo cual declaro bajo juramento que cumplo íntegramente con los requisitos básicos y perfiles establecidos en la publicación correspondiente al servicio convocado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

……………….. ………………………………………

Apellidos y Nombres:

DNI:

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE CURRICULUM VITAE**

**N° DE CONVOCATORIA**

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO**: |  |  |
|  | Lugar | Día/Mes/Año |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado Civil:** |  |
| **Nacionalidad:** |  |
| **Documento de Identidad:** |  |
| **Ruc:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Brevete (si aplica)** | |  | | |
| **Dirección:** |  | |  |  |
|  | Av./Calle/Jr. | | Nro. | Dpto. |
| **Ciudad:** | |  | | |
| **Distrito:** | |  | | |
| **Teléfono Fijo** | |  | | |
| **Celular:** | |  | | |
| **Correo Electrónico :** | |  | | |
| **Colegio Profesional:**  (Si Aplica) | |  | | |
| **Registro Nº:** | |  | | |

**Lugar del registro:** –––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

**Habilitación SI ( ) NO (** )

**Serums SI ( ) NO (** )  **Nº Resolución Serums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Si Aplica adjuntar copia de acto resolutivo que acredite haber realizado el SERUMS)

**SECIGRA (Si aplica) SI ( ) NO (** )

(Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple de la constancia de egresado y el certificado de SECIGRA.)

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD (\*): SÍ ( ) NO ( )**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS o Certificado de Discapacidad otorgado por las instituciones que señala la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, en el cual se acredite su condición.

1. **LICENCIADO DE LAS FF.AA. (\*): SÍ ( ) NO ( )**

En caso que la opción marcada sea SÍ, se deberá adjuntar copia simple del documento oficial que acredite dicha condición.

1. **FORMACIÓN ACADÉMICA**

En el caso de Doctorados, Maestrías, Especialización y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula. La información a proporcionar en el siguiente cuadro deberá ser precisa, **debiéndose adjuntar los documentos que sustenten lo informado** (copia simple).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel alcanzado** | **Nombre de la Profesión/Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad/País** | **Estudios realizados Desde/Hasta (mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título (DD/MM/aaa)** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |
| **Título Universitario** |  |  |  |  |  |
| **Bachillerato** |  |  |  |  |  |
| **Egresado de Estudios Universitarios** |  |  |  |  |  |
| **Título Técnico** |  |  |  |  |  |
| **Egresado de EstudiosTécnicos** |  |  |  |  |  |
| **Secundaria** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**Nota:**

1. **Dejae en blanco aquellos que no apliquen.**
2. **Si no tiene título especificar si está en tramite, es egresado o aún está cursando estudios.**

**(OBLIGATORIO)**

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Otro tipo de estudios** | **Nombre de la Especialidad o curso u otros** | **Institución/universidad o centro de estudios** | **Ciudad/País** | **Estudios realizados desde/hasta (Mes/año**  **Total Horas)** | **Fecha de extensión del título, constancia o certificado**  **(mes/año)** |
| **Segunda**  **Especialización** |  |  |  |  |  |
| **Post-Grado o**  **especialización** |  |  |  |  |  |
| **Post-Grado o**  **especialización** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o**  **Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Cursos y/o**  **Capacitación** |  |  |  |  |  |
| **Informática** |  |  |  |  |  |
| **Idiomas** |  |  |  |  |  |

**(Agregue más filas si fuera necesario)**

**ESPECIFICAR IDIOMA O DIALECTO ESTUDIADO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idioma 1: |  |  |  |  | Idioma 1: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nivel Idioma 1: |  |  |  |  | Nivel Idioma 1: |  |  |

1. **EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL**

En la presente sección el postulante deberá detallar en cada uno de los cuadros siguientes, LA EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL EN ORDEN CRONOLÓGICO.

La información a ser proporcionada en los cuadros deberá ser respaldada con los respectivos certificados.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | | **Cargo** | | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | | **Fecha de Culminación (día/mes/año)** | | **Tiempo en el cargo (años y meses)** |
| **1** |  | |  | |  | |  | |  |
| **Breve descripción de la función desempeñada** | | | | | | | | | |
| **Marcar con aspa según corresponda:**  **Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | | **Fecha de Culminación (día/mes/año)** | | **Tiempo en el cargo (años y meses)** | |
| **2** |  |  | |  | |  | |  | |
| **Breve descripción de la función desempeñada** | | | | | | | | | |
| **Marcar con aspa según corresponda:**  **Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | | **Fecha de Culminación (día/mes/año)** | | **Tiempo en el cargo (años y meses)** | |
| **3** |  |  | |  | |  | |  | |
| **Breve descripción de la función desempeñada** | | | | | | | | | |
| **Marcar con aspa según corresponda:**  **Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | | | | |
| **Nº** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo** | | **Fecha de Inicio (día/mes/año)** | | **Fecha de Culminación (día/mes/año)** | | **Tiempo en el cargo (años y meses)** | |
| **4** |  |  | |  | |  | |  | |
| **Breve descripción de la función desempeñada** | | | | | | | | | |
| **Marcar con aspa según corresponda:**  **Publica ( ), Privada ( ), ONG ( ), Organismo Internacional ( ), Otros ( )** | | | | | | | | | |

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Experiencia (Registrar el tiempo total de xperiencia general y específica)** | | **Tiempo Total**  **(años, meses, días)** |
| Experiencia Laboral General | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado** |  |
| Experiencia Laboral Especifica | En el Sector Público: |  |
| **En total (Sector Público y/o Privado** |  |

**Nota:** Considerar desde egresado en la experiencia laboral y/o profesional.

**Asimismo, declaro que tengo los conocimientos para el puesto y/o cargo, según bases del presente proceso CAS.**

Marcar con un aspa según corresponda:

Si NO

1. **REFERENCIAS LABORALES**

Detallar como mínimo las referencias personales correspondientes a las tres últimas Instituciones donde estuvo trabajando.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa** | **Cargo de la Referencia** | **Nombre del jefe inmediato o persona que refiere** | **Teléfono Actual Entidad o Persona** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Postulante

DNI N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 03**

**DECLARACIÓN JURADA**

EI/la que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado/a con DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado/a en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

No registrar Antecedentes Penales, Policiales, ni Judiciales, gozar de Buena Salud Física y Mental y estar habilitado para contratar con el Estado.

Asimsimo, no registro sentencias condenatorias consentidas y/o ejecutoriadas por alguno de los siguientes delitos:

1. Delito de tráfico ilícito de drogas, artículos 296, 296-A primer, segundo y cuarto párrafo; 296-B, 297; delitos de colusión, artículos 382, 383, 384; delitos de peculado, artículos 387, 388, 389; delitos de corrupción de funcionarios, artículos 393, 393-A, 394, 395, 396, 397-A, 398, 399, 400 y 401 Código Penal.
2. Delito de financiamiento de terrorismo, establecido en el artículo 4-A del Decreto Ley 25475, Decreto Ley que establece la penalidad para los delitos de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio, con la finalidad de sancionar el delito de financiamiento del terrorismo.
3. Delitos previstos en el artículo 1, actos de conversión y transferencisa; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional dedinero o títulos valores de origen ílicito, contemplados en el Decreto Legislativo 1106, Decreto Legislativo de lucha eficaz contra el lavado de activos y otros delitos relacionados a la minería ilegal y crimen organizado.
4. Delito de apología al terrorismo, artículo 316-A, del Código Penal.
5. Delito contra la libertad sexual, artículo 108-B, de la Ley 30076, Ley que modifica el código penal, código procesal penal, código de ejecución penal y el código de los niños y adolecentes y crea registros y protocolos con la finalidad de combatir la inseguridad ciudadana.
6. Sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.

No tener deudad por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM, creado por la Ley N° 28970.

No estar registrados en el registro Nacional de sanciones contra Servidores Civiles – RNSSC.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos - Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 34° del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444.

­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lima,………… de………………….del 2023

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RELACIÓN DE PARENTESCO, VÍNCULO MATRIMONIAL O UNION DE HECHO CON FUNCIONARIO Y/O TRABAJADOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA   
*“DR. FRANCISCO CONTRERAS CAMPOS”***

Señor

Señor Presidente de la Comisión de Proceso CAS del Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”.*

Presente.-

Yo,………………………………………………………………………………...,Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad Nº:……………………, domiciliado (a) en………………………………….,en virtud a lo dispuesto en la Ley N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificaciones; **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que:

NO tengo grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y por razón de matrimonio (padre, hermano, hijo, tío, sobrino, primo, nieto, suegro, cuñado) con funcionarios y/o personal Instituto Nacional de Oftalmología *“Dr. Francisco Contreras Campos”*, que tengan la facultad de designar, nombrar o contratar personal o tengan injerencia directa o indirecta en el presente concurso.

SI tengo algún vínculo familiar, legal o civil, hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con personal de la institución bajo cualquier modalidad y a continuación detallo los datos respectivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **GRADO DE PARENTESCO** | **VINCULO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lima, ………………………………………de 2023

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N°……………………………………….