**Señor**

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

**CONVOCATORIA CAS POR REEMPLAZO Nº 03-2025-INO**

**CÓDIGO DEL PUESTO:**

…………………………………………………………………………………………………………….…

**Apellidos y Nombres:**

………………………..…………………………………………………………………..………………...

**Nro. de DNI**:

…………………………………………………………………………………………………………..…

**Unidad Orgánica:**

………………….…………………………………….…………………………………………………..

**Cargo a Postular:**

…………………………………………..…………………………………………………………….…

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

**ANEXO N° 01**

**(SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN)**

Lima,…… de ..…………….. del 202…

**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 03-2025-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 03-2025-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 N° 02**

**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. **DEPORTISTAS DE ALTO NIVEL(\*): SÍ ( ) NO ( )**

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por la autoridad competente que acredite su condición de deportista de alto nivel.

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**  **(1)Título** | **Nombre de la Profesión/Especialidad** | **Universidad, Instituto o Colegio** | **Ciudad/País** | **Estudios realizados Desde/Hasta (mes/año)** | **Fecha de Extensión del Título(2) (DD/MM/aaa)** |
| **DOCTORADO** |  |  |  |  |  |
| **Maestría** |  |  |  |  |  |
| **Título Universitario** |  |  |  |  |  |
| **Bachillerato** |  |  |  |  |  |
| **Egresado de Estudios Universitarios** |  |  |  |  |  |
| **Título Técnico** |  |  |  |  |  |
| **Egresado de Estudios Técnicos** |  |  |  |  |  |
| **Secundaria** |  |  |  |  |  |

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

**Nota:**

1. **Dejar en blanco aquellos que no apliquen.**
2. **Si no tiene título especificar si está en trámite, 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**

Deberá detallar en cada uno de los siguientes cuadros, 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 (Puesto)**  **y Área/Oficina** | | **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 (Puesto)**  **y Área/Oficina** | | **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 (Puesto)**  **y Área/Oficina** | | **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 (Puesto)**  **y Área/Oficina** | | **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 experiencia 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 202\_\_\_

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

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[[1]](#footnote-1), Policiales, ni Judiciales, gozar de Buena Salud Física y Mental y estar habilitado para contratar con el Estado.
* Asimismo, 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 transferencia; artículo 2, actos de ocultamiento y tenencia; y artículo 3, transporte, traslado, ingreso o salida por territorio nacional de dinero o títulos valores de origen ilícito, 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 adolescentes 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 deuda 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 202…

**ANEXO N° 04**

**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 por Reemplazo 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 202….

Firma: ……………....…………………………

D.N.I. N°……………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO N° 01 SOLICITUD DE AJUSTE RAZONABLE PARA PERSONA CON DISCAPACIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Datos del postulante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombres y apellidos: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | DNI: | |  |  | N° del proceso al que postula | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Datos referidos a la discapacidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tipo de discapacidad: | | | | |  |  | ¿Tiene Certificado de Discapacidad? | | | | | | |  | ¿Está registrado en CONADIS? | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Física o motora | | |  |  |  | | Sí |  | | No |  |  |  | Sí | N° DID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Sensorial |  |  |  |  | CIE 10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |  | No |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Intelectual |  |  |  |  | En caso usted no cuente con certificado de discapacidad, indica el número de trámite a través del cual haya solicitado su certificado de discapacidad: | | | | | |  |  | NOTA: En caso usted no se encuentre tramitando un certificado de discapacidad, ni contar con registro en CONADIS, no le podrá ser otorgado algún ajuste razonable. | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Psíquica y mental | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Otro tipo de discapacidad **(\*)** | | | |  | |  | | | | |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |  | | |  |
|  | **(\*)** Indicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |  | N° de trámite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ajuste razonable solicitado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Importante: El llenado de este formato no hace al postulante acreedor de la bonificación establecida en el artículo 48 de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FORMATO N° 02**

**DECLARACIÓN JURADA QUE MANIFIESTA LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, PARA SOLICITAR AJUSTES RAZONABLES EN EL PROCESO DE SELECCIÓN AL NO CONTAR CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O CARNET DE CONADIS**

Yo,.......…………………………………………………………………………………………, identificado con DNI Nº ………………………………………………., domiciliado en ………………………………………………………………………… declaro bajo juramento que:

**Me encuentro en situación de discapacidad, por presentar limitaciones permanentes para**…

(Marque con una “X” la(s) limitación(es) que presenta):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Moverse o caminar, para usar brazos o piernas. |
|  | Ver, aún usando anteojos. |
|  | Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro. |
|  | Oír, aun usando audífonos. |
|  | Entender o aprender (concentrarse y recordar). |
|  | Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. |

Otro (Especificar) .......................………………………………………………………………………….

**El documento que acredita mi condición de discapacidad se encuentra en trámite, por lo que, adjunto**…

(Marque con una “X” si adjunta evidencia del estado de trámite de la emisión del certificado de discapacidad de acuerdo con el artículo 76 de la Ley N° 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad)

**SI………….**

**NO…………**

**Indique el motivo por el cual no lo adjunta**:......................................................................................

Al respecto, me comprometo a presentar ante el comité de selección del proceso de selección N° ……………… hasta antes de que se lleve a cabo la etapa de entrevista personal, el certificado de discapacidad y/o carnet de Conadis que acredite mi condición de discapacidad para el otorgamiento de bonificación del 15% sobre el puntaje final obtenido en toda la evaluación.

Asimismo, declaro tener pleno conocimiento de las sanciones penales, civiles y/o administrativas a las que estaría sujeto en caso de falsedad en la presente declaración.

Lima, ………………………………………de 202….

………………………………..………..

Firma y/o huella

1. Ley N° 29607, Ley de simplificación de la certificación de los antecedentes penales en beneficio de los postulantes a un empleo. [↑](#footnote-ref-1)