



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



CONVOCATORIA

Comisión de Reasignación del Hospital Sub regional de Andahuaylas-año 2023

Ley 31553, Decreto Supremo N° 026-2023-SA y Resolución Ministerial N° 934-2023/MINSA

REQUISITOS:

Presentación de solicitudes al Proceso de Reasignación hasta el día viernes 20 de Octubre 2023 (solo se recibirán por mesa de partes Única de 08:00 a 16:00 horas).

1. Solicitud de Reasignación (formato 1).
2. Declaración Jurada de no estar Inhabilitado (formato 2)
3. Resolución de Nombramiento en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos o las Unidades Ejecutoras de salud de los gobiernos regionales.
4. Constancia de realización de funciones asistenciales en Salud Individual. (formato 3)
5. Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre del 2021.
6. Constancia que acredite los años de destaque durante su ciclo laboral en la entidad, donde se precise el cargo, grupo ocupacional y nivel remunerativo (Formato 4).
7. Constancia de no adeudos en la unidad Ejecutora de Origen (formato 5)

Andahuaylas 09 de Octubre del 2023





FORMATO N°01

ASUNTO: SOLICITO PARTICIPAR EN EL PROCESO DE REASIGNACION EN EL MARCO DE LA LEY N° 31553 Y SU REGLAMENTO.

Señor/a

Presidente/a de la Comisión de Reasignación
Unidad Ejecutora Instituto Nacional de Salud
Presente.-

Yo, (nombres y apellidos), cargo y nivel, personal de la salud nombrado de la Unidad Ejecutora: , me presento ante usted para manifestar mi voluntad de participar en el proceso de reasignación establecido por la Ley N° 31553.

En el marco de las disposiciones contenidas en la Ley N° 31553, Ley de reasignación gradual y progresiva de los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, Unidades Ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y otras entidades comprendidas en el Decreto Legislativo N° 1153, y su Reglamento, solicito se sirva admitir mi participación en el presente proceso, para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- 1) Copia simple de la resolución de nombramiento.
- 2) Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre de 2021.
- 3) Constancia de no tener adeudos con la Unidad Ejecutora de origen.
- 4) Constancia de realizar funciones asistenciales de salud individual o salud pública en la dependencia de destino
- 5) Constancia emitida por la Oficina de Recursos Humanos (o la que haga sus veces) que acredita los años de destacado durante mi ciclo laboral, donde se precisa el cargo, grupo ocupacional y nivel remunerativo.
- 6) Declaración jurada de no encontrarse inhabilitado para prestar servicios al Estado.
- 7) Copia de la solicitud de renovación de destaque (de corresponder).

Al respecto, declaro bajo juramento que los documentos adjuntos son copia fiel de los originales, de acuerdo a lo previsto en el inciso 49.1.1 del numeral 49.1 del artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Por tanto:

Solicito a usted admitir a trámite la presente solicitud.

....., ... de octubre de 2023.

Firma
Nombres y Apellidos:
DN





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO N°02

DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO¹

Yo,,
identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°....., con
domicilio actual en.....,
....., personal de la salud nombrado de la Unidad
Ejecutora:.....
.....en el cargo de.....
..... y nivel

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- 1.- Tengo nacionalidad peruana.
- 2.- Tengo hábiles mis derechos civiles.
- 3.- No estoy inhabilitado para ejercer función pública o para contratar con el Estado.
- 4.- No tengo condena por delito doloso.
- 5.- No tengo otro impedimento legal establecido por norma expresa de alcance general.

En ese sentido, de acuerdo al Principio de Presunción de la Veracidad, previsto en el numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, me someto a la verificación posterior que la Entidad considere pertinente realizar y en caso de comprobarse falsedad alguna asumo la responsabilidad que pudiera corresponder de acuerdo a la normativa vigente.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

.....de.....de 2023.



Firma

Nombres y Apellidos:

DNI:

¹De acuerdo al literal e) del sub numeral 15.1.3 del numeral 15.1 del artículo 15 del CAPITULO V del Decreto Supremo N° 026-2023/SA.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO N°3

CONSTANCIA DE REALIZACION DE FUNCIONES² N° - 2023.....

(Emite la entidad de destino)

El Director General/Gerente/Sub Gerente/Jefe de la Oficina de Recursos Humanos (o la que haga sus veces) de la Unidad Ejecutora:

.....
hace constar:

Que, el/la señor/a.....
.....identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°
....., **personal de la salud destacado** en esta Unidad Ejecutora, en el cargo de y nivel, realiza funciones asistenciales en salud individual o salud pública, en concordancia con lo dispuesto en los numerales 5.1 y 5.2 del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1153.

Se emite la presente constancia a petición del interesado para los fines que estime pertinentes.

.....de.....de 2023.

Firma y sello
Oficina de Recursos Humanos (o la que
haga sus veces)

² De acuerdo al numeral 7.2 del artículo 7 del CAPITULO III del Decreto Supremo N° 026-2023/SA.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO N° 4

CONSTANCIA DE AÑOS DE DESTAQUE³ N° - 2023.....

(Emite la entidad de origen)

El Director General/Gerente/Sub Gerente/Jefe de la Oficina de Recursos Humanos (o la que haga sus veces) de la Unidad Ejecutora:
.....
hace constar:

Que, el/la señor/a.....
.....identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°
....., **personal de la salud nombrado** de esta Unidad Ejecutora, en el cargo de y nivel, según Resolución, registra las acciones de desplazamiento por destaque, de acuerdo al siguiente detalle:

N°	Resolución	Unidad Ejecutora de Destino	Periodo
Total tiempo destacado:			

Se emite la presente constancia a petición del interesado para los fines que estime pertinentes.

.....de..... de 2023.

Firma y sello
Oficina de Recursos Humanos (o la que haga sus veces)

³ De acuerdo al numeral 7.4 del artículo 7 del CAPITULO III del Decreto Supremo N° 026-2023/SA.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO N° 5

CONSTANCIA DE NO ADEUDOS⁴ N° -2023/.....

(Emite la entidad de origen)

Conste por el presente documento que don/ña, nombres y apellidos), identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°....., **personal de la salud nombrado** de esta Unidad Ejecutora, con el cargo de y nivel, **NO ADEUDA** monto alguno por concepto de viáticos, fondos de caja chica, equipos, bienes muebles, fotocheck, capacitación u otro concepto.

Se emite la presente constancia a petición del interesado para los fines que estime pertinentes.

....., octubre de 2023

Firma y sello
Oficina de Administración (o la que haga sus
veces)

Firma y sello
Oficina de Logística o Abastecimiento (o la
que haga sus veces)

Firma y sello
Oficina de Recursos Humanos (o la que
haga sus veces)

⁴ De acuerdo al literal d) del sub numeral 15.1.3 del numeral 15.1 del artículo 15 del CAPITULO V del Decreto Supremo N° 026-2023/SA.