



ANEXO N° 01

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO

Yo,....., identificado con DNI N°....., con vínculo laboral al 13 de setiembre de 2013, en la Unidad Ejecutora....., bajo el régimen del Decreto Legislativo 276 (), 1057 (), 728 (CLAS) (), en el grupo ocupacional, solicito acceder al proceso de nombramiento de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 30957, Ley que autoriza el nombramiento progresivo como mínimo del veinte por ciento (20%) de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1153 tuvieron vínculo laboral.

Manifiesto mi voluntad de someterme a las evaluaciones dispuestas para el presente proceso de nombramiento.

Asimismo declaro bajo juramento, cumplir con los requisitos mínimos exigidos para el presente proceso de nombramiento.

Fecha,.....de.....de 2019

Nombres y Apellidos:
DNI:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este

Decenio de la Igualdad de Oportunidades
Para Mujeres y Hombres

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

ANEXO Nº 2 FICHA DEL POSTULANTE

Nº DE CONVOCATORIA:

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
Lugar día /mes /año

NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

RUC:

BREVETE: (SI APLICA)

DIRECCIÓN:
Dpto. Avenida/Calle Nº

CIUDAD:

DISTRITO:

TELÉFONO FIJO: CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

COLEGIO PROFESIONAL: (SI APLICA)

REGISTRO Nº : HABILITACION: SI NO

LUGAR DEL REGISTRO:

SERUMS (SI APLICA) : SI NO Nº RESOLUCION SERUMS

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del acto administrativo, en el cual se acredite haber realizado SERUMS.

II. PERSONA CON DISCAPACIDAD

El postulante es discapacitado:

SI

Nº REGISTRO:

NO

Si la respuesta es afirmativa, adjuntar copia simple del documento oficial emitido por CONADIS, en el cual se acredite su condición.



III. LICENCIADO DE LAS FUERZAS ARMADAS

El postulante es licenciado de las fuerzas armadas:

SI

NO

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

IV. FORMACIÓN ACADÉMICA

(En el caso de Doctorados, Maestrías, Especializaciones y/o Postgrado, referir sólo los que estén involucrados con el servicio al cual se postula).

Título (1)	Especialidad	Universidad, Instituto o Colegio	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta (mes/año)	Fecha de Extensión del Título(2) (mes/año)
Doctorado					
Maestría					
Título					
Bachillerato					
Estudios Técnicos					
Secundaria					

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

Concepto	Especialidad	Institución	Ciudad / País	Estudios Realizados desde / hasta mes / año (total horas)	Fecha de extensión del título (mes/año)
Segunda Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					
Post-Grado o Especialización					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

ESPECIFICAR PROGRAMAS O APLICATIVOS QUE DOMINA:

Marcar con un aspa donde corresponda:

Idioma 1:

Muy Bien Bien Regular

Idioma 2:

Muy Bien Bien Regular

Habla ()

Lee ()

Escribe ()

Habla ()

Lee ()

Escribe ()



V. EXPERIENCIA LABORAL Y/O PROFESIONAL

Detallar en cada uno de los siguientes cuadros, la experiencia laboral y/o profesional en orden cronológico.

Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
1					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con un aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismos Internacionales (), Otro () _____					

Nº (1)	Órgano y Unidad Orgánica	Cargo	Fecha de inicio (día/mes/ año)	Fecha de culminación (día/mes/año)	Tiempo en el cargo (años, meses y días)
2					
Breve descripción de la función desempeñada:					
Marcar con un aspa según corresponda: Pública (), Privada (), ONG (), Organismos Internacionales (), Otro () _____					

Nota: Se podrá añadir otro cuadro si es necesario.

VI. REFERENCIAS PERSONALES

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

Nº	Nombre de la entidad o empresa	Cargo de la referencia	Nombre de la persona	Teléfono actual

El Agustino,..... de 20

Firma
Nombres y Apellidos:
DNI:





ANEXO Nº 03

DECLARACION JURADA

El que suscribe,,Identificado(a) con Documento Nacional de Identidad Nº:..... y con domicilio en....., natural del Distrito de, Provincia de, Departamento de

En pleno uso de mis facultades y en conocimiento de lo dispuesto en la Ley Nº 30957, Ley que autoriza el nombramiento progresivo como mínimo del veinte (20%) de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud que a la entrada en vigencia del Decreto Legislativo 1153 tuvieron vínculo laboral, y su Reglamento, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. No registrar antecedentes policiales, penales, ni judiciales
2. No contar con inhabilitación vigente para el ejercicio de la función pública o de la profesión
3. No contar con sentencia condenatoria consentida y/o ejecutoriada por alguno de los delitos previstos en los artículos 382, 383, 384, 387, 388, 389, 393, 393-A, 394, 395, 396, 397, 39-A, 398, 399, 400 y 401 del código Penal y los delitos previstos en los artículos 1, 2 y 3 del Decreto Legislativo 1106, o sanción administrativa que acarree inhabilitación, inscritas en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles.
4. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delito Doloso (REDERECI).
5. No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM). En caso de encontrarse inscrito, el postulante acredita previo a la emisión de la resolución de nombramiento, el cambio de su condición a través de la cancelación respectiva o autorice el descuento por planilla, o por otro medio de pago, del monto de la pensión mensual fijada en el proceso de alimentos.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento de la entidad.

El Agustino,de 20.....

Firma
Nombres y Apellidos:
DNI:

