



(Numeral 16.1 del Lineamientos para el proceso de nombramiento – DS 032-2015-SA)

FORMATO DE EVALUACIÓN

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD – LEY 30281			
NOMBRES			
PUESTO AL QUE POSTULA			
UNIDAD ORGÁNICA			
REQUISITOS	SI	NO	
CURRICULUM VITAE			
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD			
COPIA SIMPLE DEL TÍTULO PROFESIONAL			
CONSTANCIA DE SERUMS O SECIGRA			
DECLARACIÓN JURADA			
CERTIFICADO DE SALUD FÍSICA			
CERTIFICADO DE SALUD MENTAL			
HABILITACIÓN PROFESIONAL			
CONSTANCIA DE TRABAJO Y/O CONTRATOS			
EXPERIENCIA LABORAL (DOS AÑOS PROFESIONAL Y UN AÑO TÉCNICOS Y AUXILIARES)			
CON VÍNCULO LABORAL A LA VIGENCIA DEL D. LEG. 1153			
TIEMPO DE SERVICIOS (TOTAL ACUMULADO)			
Documento sustentatorio	Fecha de inicio	Fecha Fin	Tiempo de Servicios
a.			
b.			
..			
RESULTADO DE EVALUACIÓN:	(APTO O NO APTO)		
OBSERVACIONES:			
	Presidente		
	Representante RRHH – Sec. Técnica	Representante Asesoría jurídica	
	Representante Gremio		



(Numeral 16.1 del Lineamientos para el proceso de nombramiento – DS 032-2015-SA) MODELO DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Señor Presidente de la Comisión de Nombramiento

..... (Unidad Ejecutora)

Yo,....., identificado(a) con DNI N° Con domicilio en, distrito de, provincia de y departamento de, contratado en el régimen laboral del : (marcar con X)

Decreto Legislativo N° 276 [] Decreto Legislativo N° 1057 [] CLAS - Decreto Legislativo N° 728 []

Ocupando el puesto de del grupo: (marcar con X)

Profesional de la salud [] Técnico asistencial de la salud [] Auxiliar asistencial de la salud []

Acudo a usted para solicitar se me considere en el proceso de nombramiento, según lo establecido en el literal g) del numeral 8.1 del artículo 8° de la Ley N° 30281. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015.

Por tanto, manifiesto mi voluntad de someterme a los criterios, procedimientos, evaluaciones y requisitos establecidos en los "Lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud contratados del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y en los establecimientos de salud administrados por las Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS", aprobado por D.S. N° 032-2015-SA.

Para tal efecto, adjunto los documentos que se señalan en el reverso del presente documento.

..... de de 2015.

FIRMA

NOMBRE DNI N°

La solicitud tiene calidad de declaración jurada y deberá ser presentada en la mesa de partes única de la unidad ejecutora donde postula, dentro de los plazos establecidos en el Cronograma. Las solicitudes presentadas de manera extemporánea serán declaradas improcedentes de plano por la Comisión de Nombramiento correspondiente. En el caso del personal de salud CLAS, la solicitud de postulación se presenta en la unidad ejecutora a la que está asignada el establecimiento CLAS.



(Numeral 16.1 del Lineamientos para el proceso de nombramiento – DS 032-2015-SA)

MODELO DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Se adjunta los documentos siguientes:

DNI	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
TITULO PROFESIONAL	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
TITULO TECNICO	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
CERTIFICADO DE ESTUDIO	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
RESOLUCION SERUMS o SECIGRA	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
DECLARACION JURADA	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
CERTIFICADO DE SALUD FISICA	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
CERTIFICADO DE SALUD MENTAL	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADOS / CONSTANCIAS /				
CONTRATOS DE TRABAJO	DE FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>
OTROS	A FOLIOS N°	<input type="checkbox"/>		
TOTAL	FOLIOS	<input type="checkbox"/>		

NOTA: El expediente a presentar debe estar foliado con números y letras iniciando en la solicitud.



(Numeral 16.1 del Lineamientos para el proceso de nombramiento – DS 032-2015-SA)

DECLARACIÓN JURADA

Yo,....., identificado(a) con DNI N° con domicilio en del Distrito Provincia Departamento

En uso de mis facultades y en conocimiento de lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 032-2015-SA que aprueba los “Lineamientos para el proceso de nombramiento de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud contratados del Ministerio de Salud, sus organismos públicos y las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales y en los establecimientos de salud administrados por las Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS”, declaro bajo juramento lo siguiente:

- NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES POR DELITO DOLOSO
• NO ESTAR INHABILITADO PARA EJERCER FUNCIÓN PÚBLICA
• NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE EN EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD
• NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM

Formulo la presente declaración en aplicación del principio de veracidad establecido en los Artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General. Asimismo, manifiesto que lo declarado se ajusta a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Artículo 427° y el artículo 438° del Código Penal.

..... dede 2015.

.....
FIRMA

NOMBRE
DNI N°