

CRONOGRAMA UNICO DE ACTIVIDADES - PROCESO DE REASIGNACIÓN DE LA U.E 401 HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA- RM. N° 934-2023/MINSA

ETAPAS	OCTUBRE																	NOVIEMBRE																																														
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																				
	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes																				
<b>INICIO DEL PROCEDIMIENTO</b>																																																																
* Instalación de la comisión de Reasignación.																																																																
* Aprobación de cronograma único del proceso.																																																																
* Instalación, conformación y remisión de las resoluciones a la comisión central de reasignación.																																																																
<b>ETAPA PREPARATORIA</b>																																																																
* Remisión de la lista del personal de salud destacado.																																																																
<b>CONVOCATORIA</b>																																																																
* Publicación y difusión de la convocatoria al proceso de resignación.																																																																
<b>INSCRIPCIÓN</b>																																																																
* Presentación de solicitudes al proceso de reasignación.																																																																
<b>EVALUACIÓN</b>																																																																
* Publicación del listado de postulantes al proceso de resignación.																																																																
* Verificación cumplimiento de condiciones y requisitos de los postulantes.																																																																
* Publicación de resultados declarando aptos y no aptos.																																																																
* Presentación de recurso de reconsideración o apelación contra los resultados de declaración de aptos y no aptos.																																																																
* Absolución de recurso de reconsideración/ remisión de los recurso de apelación y antecedentes al Tribunal de Servicio Civil.																																																																
* Publicación de los resultado de los recurso de reconsideración.																																																																
* Presentación de recurso de apelación contra los resultados del recurso de reconsideración.																																																																
* Remisión de los recursos de apelación y antecedentes al Tribunal del Servicio Civil.																																																																
* Publicación de reultados finales declarando aptos, según orden de prelación.																																																																
* Elaboración y remisión del Informe Final de la comisión.																																																																
* Emisión de la resolución de la relación de aptos para el proceso de Reasignación de acuerdo al Informe Final de la Comisión.																																																																
* Remisión el Informe Final de la Comisión a la Comisión Central de Reasignación.																																																																



## CONVOCATORIA

### COMISION DE REASIGNACION EN LA UNIDAD EJECUTORA 401 – HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA

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

### REQUISITOS

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 Ejecutora de salud de los Gobiernos Regionales
4. Constancia de realización de funciones asistenciales en salud individual o salud pública en la dependencia de destino (Formato 3)
5. Copia simple de las (s) 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 adeudo en la Unidad Ejecutora de origen (Formato 5).



**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 de la Comisión de Reasignación  
Unidad Ejecutora 401 – Hospital San José de Chincha  
Presente.-

Yo ....., con el cargo de .....  
..... nivel remunerativo ....., 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 siguiente4s documentos:

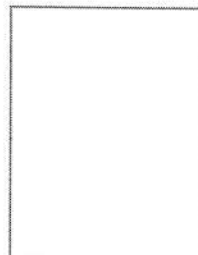
- 1) Copia simple de la resolución de nombramiento.
- 2) Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre de 2021
- 3) Constancia de no tener adeudos con la Unidad Ejecutora de origen
- 4) Constancia de realizar funciones asistenciales de salud individual o salud publica en la dependencia de destino.
- 5) Constancia entidad 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 artículo 49° del Texto Único Ordenado de la ley N° 27444, ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Por tanto:  
Solicito a usted admitir a trámite la presente solicitud.

Chincha Alta, ....., de octubre de 2023

-----  
Firma  
Nombres y Apellidos  
DNI. N°





**FORMATO N° 02**

**DECLARACION JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO**

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 publica 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 Presunciones de la Veracidad, previsto en el numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N° 27444, Ley de 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 normatividad vigente.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Chincha Alta, .....de .....de 2023.

-----  
Firma  
Nombres y Apellidos  
DNI. N°





**FORMATO N° 03**

**CONSTANCIA DE REALIZACION DE FUNCIONES N° -2023**

( Emite la entidad de destino)

El Director General/Gerente/SubGerente/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/a para los fines que estime pertinentes.

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

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



**FORMATO N° 04**

**CONSTANCIA DE AÑOS DE DESTAQUE N° 2023**  
( Emite la entidad de origen)

El Director General/Gerente/SubGerente/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 Resoluciones ....., registra las acciones de desplazamiento por destaque de acuerdo al siguiente detalle:

N°	Resolución	Unidad Ejecutora de Destino	Periodo

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)

*(Handwritten signatures in blue ink)*



"Hospital San José de Chincha"



**FORMATO N° 05**

**CONSTANCIA DE NO ADEUDO N° 2023**  
( Emite la entidad de origen)

Conste por el presente documento don/ña 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/a para los fines que estime pertinentes.

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

-----  
Firma y sello  
Oficina de Administracion ( 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)