



VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES Y REQUISITOS

**REASIGNACIÓN EN EL MARCO DE LEY N° 31553 Y SU REGLAMENTO
APROBADO SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 026-2023-SA**

Nombre del Servidor/a : CARLOS ALFREDO CHÁVEZ ZAHORA

Cargo : PSICOLOGO

Nivel : V Expediente N° : 2954287 Fecha de presentación: 16/10/2023

Unidad Ejecutora de Origen : UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SALUD HUAMANGA

Nº	REQUISITO	PRESENTÓ (SI/NO)	OBSERVACIONES
a)	Solicitud dirigida a la Presidenta de la CRUE indicando la plaza y nivel que ostenta en la Unidad Ejecutora de origen (Formato 1)	SI	
b)	Copia simple de la Resolución de nombramiento en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos o las Unidades Ejecutoras de salud de los Gobiernos Regionales, según corresponda	SI	
c)	Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre de 2021 (según hoja de cálculo adjunto)	SI	
d)	Declaración Jurada de no encontrarse inhabilitado para prestar servicios al Estado a la fecha de la convocatoria (Formato N° 2)	SI	
e)	Constancia de realización de funciones asistenciales (Formato N° 3)	SI	(X) Salud individual () Salud pública
f)	Constancia de años de destaque (Formato N° 4)	SI	
g)	Constancia de no tener adeudos emitida por la Unidad Ejecutora de origen (Formato N° 5)	SI	

APTO : X

NO APTO : MOTIVOS :

EL SERVIDOR PÚBLICO, CUMPLE CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS.

FECHA: 31/10/2023



VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES Y REQUISITOS

**REASIGNACIÓN EN EL MARCO DE LEY N° 31553 Y SU REGLAMENTO
APROBADO SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 026-2023-SA**

Nombre del Servidor/a : EDWIN ALCIDES BUISPE GUERRA
Cargo : CIRUJANO DENTISTA - NIVEL
Nivel : I Expediente N° : 2954288 Fecha de presentación: 16/10/2023
Unidad Ejecutora de Origen : UNIDAD EJECUTORA 408 RED DE SALUD SAN FRANCISCO

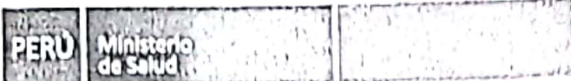
Nº	REQUISITO	PRESENTÓ (SI/NO)	OBSERVACIONES
a)	Solicitud dirigida a la Presidenta de la CRUE indicando la plaza y nivel que ostenta en la Unidad Ejecutora de origen (Formato 1)	SI	
b)	Copia simple de la Resolución de nombramiento en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos o las Unidades Ejecutoras de salud de los Gobiernos Regionales, según corresponda	SI	
c)	Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre de 2021 (según hoja de cálculo adjunto)	SI	
d)	Declaración Jurada de no encontrarse inhabilitado para prestar servicios al Estado a la fecha de la convocatoria (Formato N° 2)	SI	
e)	Constancia de realización de funciones asistenciales (Formato N° 3)	SI	(X) Salud individual () Salud pública
f)	Constancia de años de destaque (Formato N° 4)	SI	
g)	Constancia de no tener adeudos emitida por la Unidad Ejecutora de origen (Formato N° 5)	SI	

APTO : X

NO APTO : _____ MOTIVOS : _____

EL SERVIDOR PÚBLICO, CUMPLE CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS.

FECHA: 31/10/2023



VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES Y REQUISITOS

REASIGNACIÓN EN EL MARCO DE LEY N° 31553 Y SU REGLAMENTO APROBADO SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 026-2023-SA

Nombre del Servidor/a : BELINDA JUANA CHALCO HALDONADO

Cargo : MEDICO

Nivel : 3 Expediente N° : 2902803 Fecha de presentación: 20/10/2023

Unidad Ejecutora de Origen : UNIDAD EJECUTORA 406 S.B.S. CHILCA MALA.

Nº	REQUISITO	PRESENTÓ (SI/NO)	OBSERVACIONES
a)	Solicitud dirigida a la Presidenta de la CRUE indicando la plaza y nivel que ostenta en la Unidad Ejecutora de origen (Formato 1)	SI	
b)	Copia simple de la Resolución de nombramiento en el Ministerio de Salud, sus organismos públicos o las Unidades Ejecutoras de salud de los Gobiernos Regionales, según corresponda	SI	
c)	Copia simple de las resoluciones de destaque expedidas hasta el 31 de diciembre de 2021 (según hoja de cálculo adjunto)	SI	
d)	Declaración Jurada de no encontrarse inhabilitado para prestar servicios al Estado a la fecha de la convocatoria (Formato N° 2)	SI	
e)	Constancia de realización de funciones asistenciales (Formato N° 3)	SI	(X) Salud individual () Salud pública
f)	Constancia de años de destaque (Formato N° 4)	SI	
g)	Constancia de no tener adeudos emitida por la Unidad Ejecutora de origen (Formato N° 5)	SI	

APTO : X

NO APTO : _____ MOTIVOS : _____

LA SERVIDORA PÚBLICA, CUMPLE CON LAS CONDICIONES Y REQUISITOS.

FECHA: / /