

"Año de la Universalización de la Salud"

"Decenio de Igualdad de Oportunidades para hombres y mujeres"

"Año de la Igualdad, respeto y la no violencia contra la mujer en la Región Piura"

Chulucanas, 04 de septiembre del 2020

MEMORANDUM MULTIPLE N° 10 -2020- 430020-132005

A : DIRECCION
SUB DIRECCION
UNIDAD DE ADMINISTRACION
UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
UNIDAD DE SEGUROS
EQUIPO DE LOGISTICA
EQUIPO DE ECONOMIA
AREA DE ALMACEN
AREA DE PATRIMONIO
SERVICIO DE GINECOLOGIA
SERVICIO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE LABORATORIO
SERVICIO DE ADMISION
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA
SERVICIO DE MEDICINA
SERVICIO DE FARMACIA
SERVICIO DE PEDIATRIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
SERVICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA
SERVICIO DE APOYO AL TRATAMIENTO
SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO
SERVICIO DE PSICOLOGIA
SERVICIOS GENERALES

ASUNTO : ACTUALIZACION DE LEGAJOS DE SERVIDORES

REF : OFICIO CIRCULAR N°2396-2020/DRSP-43002011
LEY N°31039

Tengo a bien dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y en atención a los Documento de la referencia y de acuerdo a lo Dispuesto en la ley N°31039 – Ley que regula los procesos de Ascenso Automático en el Escalafon, Cambio de Línea de Carrera, el Nombramiento y Cambio a Plazo indeterminado de los Profesionales, Técnico, Auxiliares Asistenciales y personal Administrativo de la Salud , cumplir con Informar que a partir de la fecha se empezara a recepcionar expedientes del personal que tiene bajo su cargo, para iniciar con el **PROCESO DE ACTUALIZACION DE LEGAJOS PERSONALES**.

Para ello, poner en conocimiento que para continuar el debido proceso, se tendrá que cumplir con el llenado de la **DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES**, la misma que se anexa a la presente y que estará disponible en la Pagina Institucional del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, indicando además que es necesario adjunten la documentación correspondiente capacitaciones u otros estudios que no hayan sido alcanzados oportunamente para el registro en el Legajo personal de los servidores.

Así mismo, comunicar que se encuentra a disposición la plataforma de Trámite Documentario Virtual, para efectos de ingresar la documentación respectiva.

Sin otro particular me despido de usted, agradeciendo la atención que le brinde al presente.

Atentamente;


DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD DE PIURA

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

DATOS LABORALES

CÓDIGO	NOMBRE DEL PUESTO	ÓRGANO
UNIDAD ORGÁNICA	JEFE DIRECTO	PUESTO DEL JEFE DIRECTO

DATOS PERSONALES

Documento Identidad	APELLIDOS Y NOMBRES		GÉNERO
DNI	Carnet Extranjería		
DIRECCIÓN		DISTRITO	
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	REFERENCIA DIRECCIÓN	
FECHA NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	LUGAR DE NACIMIENTO (Distrito / Provincia / Departamento)	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
TELÉFONO DOMICILIO	TELÉFONO CELULAR 1	TELÉFONO CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL ALTERNO
CONADIS	N° Carnet / Código	FUERZAS ARMADAS	N° Carnet / Código

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PÚBLICO:
(AA años, MM meses y DD días)TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR PRIVADO:
(AA años, MM meses y DD días)

Grupo Sanguíneo:

Alergia a algún medicamento:

Estado Civil:

soltero ☐casado ☐conviviente ☐divorciado ☐viudo ☐

Apellidos y Nombres del(a) esposo(a):

HUOS:

Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento:	Edad:

En caso de emergencia, avisar a:

Teléfono:

FORMACIÓN ACADÉMICA

	Grado Académico	Nombre de la Carrera, Maestría/Especialidad/Doctorado	Año / Fecha de Término (DD/MM/AA)	Centro de estudios
Educación Secundaria				
Egreso Educación Técnica Básica (1 a 2 años)				
Egreso Educación Técnica Superior (3 a 4 años)				
Egreso Educación Universitaria				
Grado de Bachiller				
Título Universitario				
Grado de Maestro/Magister/Master/Especialidad				
Grado de Doctor				
Otros estudios concluidos de Carrera Universitaria, Maestría o Doctorado.				

COLEGIATURA

Colegio Profesional:		Número de colegiatura:	
Condición a la fecha:	¿Habilitado?	Motivo de inhabilitación:	

IDIOMAS Y/O DIALECTOS (No requiere sustento)

Idioma/dialecto	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado

OFIMÁTICA (No requiere sustento)

(procesador de textos, hojas de cálculo, programas de presentaciones, otros) :

Conocimiento	(Marque con una "X" el nivel alcanzado)		
	Básico	Intermedio	Avanzado
Observación:			

ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN

(Curso, Diplomado, Programa de Especialización)

[Curso, Diplomado, Programa de Especialización]						
Tipo de Estudio	Nombre del Curso / Diplomado / Programa de Especialización	Periodo de Estudios (dd/mm/aa)		Horas	Créditos	Centro de Estudios
		Inicio	Fin			

* Es indispensable consignar número de horas y/o créditos

EXPERIENCIA LABORAL

(Completar desde el último trabajo o trabajo actual, puede agregar experiencias laborales pertinentes, incluir SERUMS)

Empresa / Institución		Sector		Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)
		PÚBLICO			
Área		Puesto/Cargo		Motivo de Cese	
Remuneración Fija Mensual (bruta)					
Funciones Principales (máximo 5)					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Referencias laborales					
Nombre		Puesto		Teléfono	

Empresa / Institución		Sector		Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)
		PÚBLICO			
Área		Puesto/Cargo		Motivo de Cese	
Remuneración Fija Mensual (bruta)					
Funciones Principales (máximo 5)					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Referencias laborales			
Nombre		Puesto	Teléfono

Empresa / Institución	Sector	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)
	PÚBLICO		
Área	Puesto/Cargo	Motivo de Cese	Remuneración Fija Mensual (bruta)
Funciones Principales (máximo 5)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Referencias laborales			
Nombre		Puesto	Teléfono

Empresa / Institución	Sector	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)
	PÚBLICO		
Área	Puesto/Cargo	Motivo de Cese	Remuneración Fija Mensual (bruta)
Funciones Principales (máximo 5)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Referencias laborales			
Nombre		Puesto	Teléfono

Empresa / Institución	Sector	Desde (DD/MM/AAAA)	Hasta (DD/MM/AAAA)
	PÚBLICO		
Área	Puesto/Cargo	Motivo de Cese	Remuneración Fija Mensual (bruta)
Funciones Principales (máximo 5)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Referencias laborales			
Nombre		Puesto	Teléfono

Declaro que la información proporcionada es verdadera y podrá ser verificada por la entidad

Fecha:

Firma del servidor