

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

FE DE ERRATAS I

Se comunica a los postulantes del Proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del Hospital Santa Rosa que, de acuerdo a lo estipulado por el numeral 212.1 del artículo 212 del Texto Único Ordenado de la Ley 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que señala: “Los errores materiales o aritméticos de los actos administrativos pueden ser rectificadas con efecto retroactivo en cualquier momento, de oficio o a instancia de los administrados, siempre que no se altere lo sustancial de su contenido ni el sentido de la decisión”

En ese sentido revisado el Anexo 01 - Modelo de Solicitud, se apreció un error material por lo que :

DICE:

ANEXO 1

Modelo de solicitud

Yo,, identificado con DNI N°....., servidor nombrando con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de grupo ocupacional:**

De asistencial a asistencial

- De auxiliar o técnico a profesional de la salud ()
- De auxiliar a técnico ()

De administrativo a asistencial

- De profesional a profesional de la salud ()
- De auxiliar o técnico a profesional de la salud ()

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera. Para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1) Copia de Resolución de nombramiento
- 2) Copia de título de técnico a nombre de la nación otorgado por Instituto Superior ó
- 3) Copia de título profesional otorgado por universidad
- 4) Copia de certificado de habilitación profesional
- 5) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.
- 6) Otro.....

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

(*) Todo tramite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO.**



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Santa Rosa



Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

DEBE DECIR:

ANEXO 1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL CAMBIO DE GRUPO OCUPACIONAL Y CAMBIO DE LÍNEA DE CARRERA

Yo,, identificado con DNI N°....., servidor nombrando con el cargo de, en el nivel, comprendido dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 276 () o Decreto Legislativo N° 1153 (), me presento ante usted para manifestarle mi voluntad de participar como postulante, en el **proceso de cambio de grupo ocupacional:**

De asistencial a asistencial

- De auxiliar o técnico asistencial a profesional de la salud ()
- De auxiliar asistencial a técnico asistencial ()

De administrativo a asistencial

- De profesional administrativo a profesional de la salud ()
- De auxiliar o técnico administrativo a profesional de la salud ()

De asistencial a Administrativo

- De profesional de la salud a profesional administrativo ()
- De auxiliar a técnico asistencial a profesional administrativo ()

De Administrativo a Administrativo

- De auxiliar o técnico administrativo a profesional administrativo ()
- De auxiliar administrativo a técnico administrativo ()

Asimismo, le manifiesto que cumplo con los requisitos establecidos en el Reglamento del proceso de cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera. Para tal efecto cumplo con adjuntar los siguientes documentos:

- 1) Copia de Resolución de nombramiento
- 2) Copia de título de técnico a nombre de la nación otorgado por Instituto Superior ó
- 3) Copia de título profesional otorgado por universidad
- 4) Copia de certificado de habilitación profesional
- 5) Copia de la resolución de término del SERUMS, o declaración jurada de haber cumplido con este requisito.
- 6) Otro.....

Declaro bajo juramento que los documentos que se adjuntan, son copia fiel de los originales, conociendo los alcances legales y penales de esta declaración en caso de no corresponder a la verdad.

Nombres y apellidos del postulante:

DNI N°

(*). Todo trámite referido al proceso de Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del personal del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, **ES GRATUITO.**

Pueblo Libre, 08 de mayo del 2025

Comisión del Cambio de Grupo Ocupacional y Cambio de Línea de Carrera del Personal de la Salud en el Hospital Santa Rosa (Aprobado con R.D. N°214-2025-DG-HSR-MINSA)