



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## **PROFESIONALES QUE ADJUDICARON PLAZA SERUMS EQUIVALENTE 2024 -3**

**REQUISITOS A PRESENTAR:** (indicados en el numeral 11.1.2. del Instructivo 2024-3)

- 1.-Solicitud dirigida al Director de la DIRIS Lima Norte (Anexo 01).
- 2.-Copia del D.N.I. nítida, autenticada por Fedatario
- 3.-Copia del Título Profesional, autenticada por Fedatario.
- 4.-Copia del diploma de Colegiatura Profesional, autenticada por Fedatario.
- 5.-Constancia de Habilitación Profesional vigente, expedida por el Colegio Profesional según corresponda.
- 6.-Original de Certificado Médico de buena salud física expedido por un establecimiento de salud perteneciente a una Institución Pública o Privada. Adicionalmente Fedatear si adjudicaron plaza en fuerzas armadas.
- 7.-Original de Certificado Médico de buena salud mental expedido por un establecimiento de salud perteneciente a una Institución Pública o Privada. Adicionalmente Fedatear si adjudicaron plaza en fuerzas armadas.
- 8.-Declaración Jurada de No haber realizado el SERUMS en la profesión que adjudico plaza. (Anexo 02)
- 9.- Declaración Jurada de no contar con Antecedentes Policiales, Penales y Judiciales. (Anexo 03)
- 10.- Declaración Jurada de no percibir ingresos por parte del Estado (remuneración, emolumento, pensión entre otros) (Anexo 04) **SOLO PARA PLAZAS REMUNERADAS**
- 11.- Declaración Jurada de no encontrarse en el Registro de Deudores alimentarios morosos (REDAM)- Poder Judicial, debiendo realizar una captura de pantalla del mismo, consultando al enlace: <https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/> (Anexo 05)
- 12.-Reporte de no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC)-SERVIR, el cual debe ser consultado e impreso a través del siguiente enlace: <https://www.sanciones.gob.pe/rnssc/#/transparencia/acceso>
- 13.-Constancia de Baja del INFORHUS: **Indispensable para profesionales que laboran para el Estado y adjudicaron plazas SERUMS remuneradas**, de no presentar este documento no podrán ser contratados ni realizar SERUMS.
- 14.-Declaración Jurada de Salud, debe ser llenado hasta la segunda hoja con firma y huella del profesional que adjudico la plaza SERUMS. (Anexo N°06)

### **NOTA:**

- Se puede fedatear los documentos en la DIRIS Lima Norte, el trámite es gratuito (para fedatear traer una copia y contar con el documento original en físico).
- Previo a ingresar los documentos por mesa de partes, deberá acudir **PRIMERO** a la Oficina de Capacitación para verificar el orden de los documentos (Segundo piso de la DRIS Lima Norte).





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## ANEXO 01

### SOLICITO: Plaza adjudicada SERUMS 2024-3

**M.C SHEILA GISELA FABIÁN ORTÍZ Directora General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte**

Yo \_\_\_\_\_, identificada(o) con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio \_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_, con Colegiatura Profesional N° \_\_\_\_\_, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo adjudicado una plaza para el proceso SERUMS 2024-3 bajo la modalidad \_\_\_\_\_, en el C.S./P.S. \_\_\_\_\_, motivo por el cual solicito a su despacho tenga a bien disponer a quien corresponda SE AUTORICE LA EMISIÓN del Proveído para lo cual adjunto los requisitos solicitados; conociendo y aceptando el Reglamento de la Ley N°23330 de SERUMS y sus modificatorias, además de sujetarme a la normatividad establecida por el Ministerio de Salud.

Es gracia que espero alcanzar por ser de Justicia, adjunto documentos solicitados.

Independencia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Firma : \_\_\_\_\_

DNI N° : \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

Folios : \_\_\_\_\_





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ANEXO 02

### DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER REALIZADO EL SERUMS

Yo,

..... ,

de nacionalidad ....., identificado con DNI/CE N° .....

, con domicilio en

....., distrito

....., provincia ....., departamento....., de

profesión....., con colegiatura N° .....

#### DECLARO BAJO JURAMENTO:

**NO HABER REALIZADO EL SERUMS EN LA PROFESIÓN DE ..... (Colocar la profesión correspondiente a la plaza SERUMS adjudicada actualmente).**

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Lima, de ..... de 2024.



Huella Digital

.....

Firma

Nombres y Apellidos: .....

DNI / CE N° .....





**PERÚ**

**Ministerio de Salud**

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

ANEXO 03

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.**

Yo, .....  
, de nacionalidad ....., identificado con DNI/CE N° .....  
, con domicilio en ..... , distrito .....  
, provincia ....., departamento... .. , de profesión....., con colegiatura N°.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.**

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Lima, de de 2024.



.....

Firma

Nombres y Apellidos: .....

DNI / CE N° .....





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## ANEXO 04

### DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO

Yo, .....  
, de nacionalidad ....., identificado con DNI/CE N° .....  
....., con domicilio en .....  
....., distrito .....  
....., provincia ....., departamento... .., de  
profesión....., con colegiatura N° .....

#### **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

**NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO (remuneración, retribución, emolumento, pensión, o cualquier otro tipo de ingreso).**

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Lima, de ..... de 2024.



.....  
Firma

Nombres y Apellidos: .....

DNI / CE N° .....





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## ANEXO 05

### DECLARACIÓN JURADA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM.

Yo, .....  
, de nacionalidad ....., identificado con DNI/CE N° .....  
....., con domicilio en .....  
....., distrito .....  
....., provincia ....., departamento... .., de  
profesión....., con colegiatura N°.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**  
**(Marcar con X según corresponda)**

SI / NO  ENCONTRARME INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM.

De ser afirmativa la respuesta me someto a lo establecido en Ley N° 28970, Ley que crea el Registro de Deudores Alimentarios y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2019-JUS.

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Lima, de ..... de 2024.

Huella Digital

.....  
Firma

Nombres y Apellidos: .....

DNI / CE N° .....



**PERÚ**Ministerio  
de SaludViceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en SaludDirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Norte

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**ANEXO 06****DECLARACION JURADA DE SALUD****DATOS PERSONALES**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_  
 Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento adjudicado: \_\_\_\_\_ Remunerado ( ) , Equivalente ( )  
 Profesión: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por la presente declaro que me encuentro en buen estado de salud físico y mental, a fin de evitar cualquier incidente que pueda poner en peligro mi integridad física. Por lo antes expuesto indicaré si he presentado o no alguna de las enfermedades o procedimientos médicos indicados en la lista siguiente:

N°	PROBLEMAS DE SALUD	NO	SI
1	Anemia		
2	Cirugía mayor reciente (Operación corazón, hernia discal, hernia umbilical, apendicitis, etc.) Otras, describalo:		
3	Desórdenes de la coagulación, trombosis, etc.)		
4	Diabetes Mellitus		
5	Hipertensión Arterial		
6	Embarazo		
7	Problemas neurológicos: epilepsia, mareos, desmayos, etc.		
8	Infecciones recientes (especialmente oídos, nariz, garganta)		
9	Obesidad Mórbida (IMC mayor a 40) PESO: TALLA: IMC:		
10	Problemas Cardíacos: marcapasos, coronariopatía, infarto, etc.		
11	Problemas Respiratorios: Asma, EPOC, tuberculosis, etc.		
12	Problemas Oftalmológicos: retinopatía, glaucoma, ceguera de un ojo, Miopía, astigmatismo (usa lentes para leer) etc.; en caso de marcar si describalo:		
13	Problemas Digestivos: úlcera péptica, sangrado digestivo, hepatitis, cirrosis hepática, etc.		
14	Apnea del Sueño		
15	Presenta tumoraciones, malformaciones desde el nacimiento en alguna parte de su cuerpo, pérdida de alguna parte del cuerpo, en caso de marcar si describalo:		
16	Presenta pérdida de fuerza y/o movilidad de algún miembro del cuerpo (brazos, piernas), en caso de marcar si describalo:		
17	Alergias a medicamentos, alimentos o insectos, en caso de marcar si describalo:		
18	Encontrarme con una herida abierta o en proceso de cicatrización, en caso de marcar si, indique la zona donde la presenta:		
19	Sordera o hipoacusia de leve o grave y/o Hipoacusia que use audífono.		
20	Conoce su grupo sanguíneo, en caso de marcar si describalo:		
21	Hospitalizado por alguna enfermedad en los últimos 6 meses, en caso de marcar si describalo:		
22	Uso de medicación actual o drogas, en caso de marcar si describalo:		
23	¿He sido diagnosticado con coronavirus – COVID - 19?		
24	Fecha de diagnóstico: .....		
25	Vacunas contra la covid-19: N° dosis		
26	Otra condición médica importante, describalo:		

BICENTENARIO  
PERÚ  
2024



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

### DECLARACION JURADA DE SALUD

Declaro bajo juramento que la información contenida en el presente documento es veraz y me someto a las consecuencias derivadas de la determinación de su falsedad.

Declaro estar de acuerdo con las condiciones establecidas por el presente documento y no encontrarme afectado por ninguno de los supuestos que impiden estar realizando mis actividades en las instalaciones de la DIRIS LIMA NORTE y/o realizar el viaje programado para desempeñar mis funciones en el lugar donde me han designado realizarlas.

Eximo de responsabilidad a la DIRIS LIMA NORTE, por cualquier daño o lesión que se pueda generar a mi salud como consecuencia de la provisión de información inexacta o la omisión de información sobre mi estado de salud.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Firma del Serumnista

Nombre:

Doc. Identidad:

Conforme a la declaración del / de la paciente certifico que se encuentra \_\_\_\_\_ para realizar las actividades designadas por su jefe inmediato, así mismo si el caso fuera para realizar comisión de servicio, y/o el viaje al interior del país.

Observaciones:

#### DATOS DEL MÉDICO

Apellidos y nombres:

Dirección:

CMP: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello \_\_\_\_\_



BICENTENARIO PERÚ 2024







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

# COMUNICADO

## PROFESIONALES QUE ADJUDICARON PLAZA SERUMS 2024-3

### (Modalidad Equivalente)

Se comunica a los profesionales de la salud que adjudicaron una plaza en el proceso SERUMS modalidad remunerada y equivalente 2024-3, que de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley N°23330 – Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud y sus modificatorias, deberán cumplir lo siguiente:

- La entrega de la documentación solicitada es de carácter personal, conforme al cronograma nacional.
- Los trámites y fedateo de documentos son gratuitos y deberán realizarlo en la DIRIS Lima Norte.
- Para la entrega del Proveído, es indispensable la presentación de todos los documentos requeridos en la lista de requisitos publicados en la página web de la DIRIS Lima Norte.
- El Proveído, es un documento indispensable para el inicio del SERUMS en la sede adjudicada.
- Los profesionales que no recojan su Proveído en las fechas programadas serán declarados como “ABANDONO”, dentro de los tres (03) días hábiles y serán reportados al Comité de Régimen Especial SERUMS de la DIRIS Lima Norte para su respectiva sanción, en conformidad al Instructivo SERUMS 2024-3.

Atentamente,

**Oficina de Recursos Humanos**  
**Unidad Funcional de Gestión de Capacitación, Rendimiento y Desarrollo**  
**Programa SERUMS**  
**DIRIS Lima Norte**





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

## **CRONOGRAMA:**

**Profesionales que adjudicaron plaza en la jurisdicción de la DIRIS Lima Norte**

<b>SERUMS 2024-3</b>	<b>FECHA</b>	<b>LUGAR</b>
<b>Recepción de Requisitos – Todas las plazas adjudicadas</b>	Lunes 18 de Noviembre del 2024	Mesa de Partes DIRIS Lima Norte (previamente acudir a la Oficina de Capacitación para la revisión de documentos) Horario: 8:00 am. a 1:00 pm. y de 2:00 pm. a 4:00 pm.
<b>Entrega de Proveídos</b> *Presentar cargo de entrega de documentos para el recojo.	Se informará a sus correos las fechas	Programa SERUMS - Oficina de Recursos Humanos de la DIRIS Lima Norte
<b>Inicio de SERUMS</b>	18 de Noviembre del 2024	Presentarse en el Establecimiento de Salud adjudicado, una vez recogido el Proveído (original para profesional entregar una copia al Establecimiento de Salud).
<b>Inducción SERUMS Psicólogos de Instituciones Educativas</b>	18 y 19 de Noviembre del 2024	Modalidad: virtual: El link se enviará a los correos electrónicos, por parte del MINSA.
<b>INDUCCIÓN SEDE MINSA</b>	19 y 20 de Noviembre del 2024	Modalidad: virtual El link se enviará a los correos electrónicos por parte de la DIRIS Lima Norte.



BICENTENARIO  
PERÚ  
2024

