



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año de la Universalización de la Salud”

## PROCESO SERUMS EQUIVALENTE 2020 – 2

### COMUNICADO PARA PROFESIONALES SERUMS QUE ADJUDICARAN PLAZA EN LA DIRIS LIMA CENTRO

PROCESO	DIAS	LUGAR
<b>ADJUDICACIÓN</b>	Jueves 15 Octubre de 2020	Sala Zoom DIRIS LC
<b>Recepción de Expedientes(*) requisitos</b>	Viernes 16 de Octubre de 2020 De 02:00 p.m. a 04:00 p.m.  Lunes 19 de octubre de 2020 Martes 20 de octubre de 2020 Solo de 8:00 P.M. a 4:00 P.M.	<b>Mesa de Partes DIRIS LIMA CENTRO o <u>enlace</u> mesa de partes virtual</b>
<b>Inicio del SERUMS</b>	Viernes 16 de octubre de 2020	el/la profesional adjudicado/a tramitará la <b>FICHA DE COORDINACIÓN DE HORARIOS 2020-2</b> en el Establecimiento de Salud
<b>Inducción del SERUMS</b>	Viernes 16 de Octubre de 2020	<b>INDUCCIÓN GENERAL</b> ID de reunión: <u>82244579072</u>
	Médico, Obstetra, Enfermera, Nutricionista, Trabajadora Social  Cirujano Dentista, Químico Farmacéutico, Psicólogo, Tecnólogo Médico, Biólogo, Médico Veterinario	
<b>Entrega de Proveídos</b>	Lunes 19 de Octubre de 2020 Martes 20 de Octubre de 2020	<b>Vía correo electrónico a EESS Adjudicado</b> De 03:00 p.m. a 04:30 p.m.

MAYOR INFORMACIÓN : [serums@dirislimacentro.gob.pe](mailto:serums@dirislimacentro.gob.pe)



# (\* ) REQUISITOS DEL EXPEDIENTE SERUMS

**PRESENTAR EN ESTE ORDEN, INSERTADO EN UN FOLDER MANILA (FASTENER) Y FOLIADO**

1. SOLICITUD de la plaza adjudicada en el Proceso SERUMS 2020-II, dirigida al Director General de la DIRIS LIMA CENTRO (**Anexo 1**)
2. DECLARACION JURADA simple de no haber realizado el SERUMS en la profesión en la que se inscribe (**Anexo 2**)
3. HOJA DE DATOS PERSONALES, con fotografía ROPA FORMAL (**Anexo 3**)

## **COPIAS DE:**

4. TITULO PROFESIONAL (anverso y reverso),
5. DIPLOMA DE COLEGIATURA PROFESIONAL

## **DOCUMENTOS ORIGINALES**

6. HABILITACION PROFESIONAL, con vigencia no mayor de 90 días.
7. CERTIFICADO MEDICO DE BUENA SALUD FÍSICA completo (debe incluir prueba radiológicas, serológicas, etc.), de un establecimiento de salud **de preferencia** de la **JURISDICCIÓN DIRIS LIMA CENTRO del MINSA** (Debe contar con **numeración correlativa** y **Nro. de Historia Clínica**, para verificación posterior) a nivel nacional o EsSalud, con vigencia no mayor de 3 meses. (**NO PARTICULAR**).
8. CERTIFICADO MEDICO DE BUENA SALUD MENTAL expedido por un Médico Especialista en Psiquiatría, **expedido por establecimientos de salud del MINSA: C.S. Comunitario de Salud Mental y HOSPITALES MINSA** con vigencia no mayor de 3 meses. (**NO PARTICULAR**).
9. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES POLICIALES, vigente.
10. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, vigente.
11. CERTIFICADO JUDICIAL DE ANTECEDENTES PENALES expedido por el Poder Judicial del Perú, vigente
12. CERTIFICADO DE NO ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM) - Poder Judicial, vigente
13. CERTIFICADO O CONSTANCIA EXPEDIDOS POR EL REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO (RNSDD), de no estar inhabilitado para contratar con el Estado – SERVIR.

## **NOTA:**

**EsSalud, Sanidades del Ejército, FFAA y PNP**, se reservan la potestad de solicitar **documentación adicional** y realizar el estudio de seguridad respectivo a los profesionales de la salud que adjudicaron plaza, de acuerdo a las normas de cada Institución. De no cumplir con las normas antes mencionadas el profesional no podrá realizar el SERUMS en dicha institución, debiendo ésta informar a las instancias correspondientes para las acciones que el caso amerite.



# ANEXO Nº 01

**Solicito: PLAZA ADJUDICADA EN PROCESO SERUMS 2020-2**

**M.C.  
Alfredo Rubén Centurión Vargas  
Director General de Redes Integradas de Salud Lima Centro  
S.D.**

Yo,.....  
.. de profesión.....,  
egresado (a) de la  
Universidad.....con  
Colegiatura Profesional N°....., identificado con DNI .....  
domiciliado.....  
.....Distrito.....,  
Teléfono/Celular.....  
Correo Electrónico.....

**Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:**

Que, habiendo adjudicado una plaza del SERUMS modalidad Equivalente en el sorteo realizado el día **jueves 23 de mayo de 2020** en la institución (MINSA/Sanidades Ejército, PNP Y FFAA)

(Indique aquí donde adjudicó plaza-denominación del EESS/)

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 la Ley y el Reglamento de SERUMS, además de sujetarme a la normatividad establecida el Ministerio de Salud.

Por lo expuesto señor Director, espero acceda a mi petición, por ser de necesidad y justicia.

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

**FIIRMA**  
**Nombres y Apellidos:**.....  
**DNI N°** .....  
**N°. de Colegiatura**.....  
**Teléfono:**.....  
**Folios:**.....



# ANEXO Nº 02

## DECLARACION JURADA DE NO HABER REALIZADO EL SERUMS

Conste por la presente DECLARACION JURADA que, YO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

de nacionalidad \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI/ C.E. Nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con domicilio legal real y legal en \_\_\_\_\_,

en el distrito de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**DECLARO BAJO JURAMENTO** no haber realizado el programa SERUMS con fecha anterior en la misma profesión a la que postulo, para efectos de realizar el SERUMS EQUIVALENTE 2020-2.

La presente DECLARACION la formulo acogéndome a lo dispuesto por la Ley Nº 27444; Ley del Procedimiento Administrativo General (Artículo IV, Inciso 1.13 Principio de Simplicidad).

Lima, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020.

\_\_\_\_\_  
**FIIRMA**

**Nombres y Apellidos:**.....

**DNI Nº** .....

**Nº. de Colegiatura**.....

**Teléfono:**.....



# ANEXO Nº 03

## HOJA DE DATOS PERSONALES

(Debe llenar todas las filas de esta Declaración Jurada)



APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

COLEGIATURA Nº: \_\_\_\_\_

DNI o CARNE EXTRANJERIA Nº: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Trabaja actualmente SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_) Estado Civil \_\_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Grupo y Factor RH \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Modalidad de SERUMS : EQUIVALENTE

Periodo SERUMS : del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de sorteo : \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de inducción : \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE DOCUMENTO SON VERDADEROS. ASIMISMO DECLARO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO LA NORMATIVA SERUMS, LEY Nº 23330 Y SU REGLAMENTO; LOS CUALES ESTAN PUBLICADOS EN LA WEB DEL MINSA – COMUNICATE SERUMS.**



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

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nº DNI : \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** El profesional, se responsabiliza por la veracidad de los datos consignados en este documento