



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 de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONVALIDACION SERVICER PARA PROFESIONALES QUE ADJUDICARON PLAZA SERUMS 2025-1

(EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCION MINISTERIAL N° 966-2020/MINSA)

Los profesionales de la salud que adjudicaron plaza SERUMS en el proceso 2025-1 modalidad Equivalente ; deberán presentar ante el Comité de Régimen Especial SERUMS de la DIRIS Lima Norte , los siguientes requisitos :

- Solicitud dirigida al Presidente del Comité de Régimen Especial SERUMS de la DIRIS Lima Norte, para la convalidación de SERVICER, Anexo 01 de la RM N°966-2020/MINSA.
- Constancia SERVICER original o copia legalizada.
- Copia de DNI o Carnet de Extranjería.

La presentación de documentos será ingresada por mesa de partes de la DIRIS Lima Norte del 26 de Mayo al 30 de Mayo 2025 en el horario de 8:00 am a 1:00 pm. y de 2:00 pm a 4:00 pm.

Nota :

"Dejar una copia del cargo en la Oficina de Gestión de Capacitación Rendimiento y Desarrollo"

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





PERU

Ministerio de Salud

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE CONVALIDACIÓN DEL SERVICIO COVID ESPECIAL – SERVICER PARA SU CONTABILIZACIÓN COMO PARTE DEL SERVICIO RURAL Y URBANO O MARGINAL DE SALUD

ANEXO (a)

SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DEL SERVICER PARA SU CONTABILIZACIÓN COMO PARTE DEL SERUMS

Sr. Presidente del Comité Central/Regional/ del SERUMS de _____.

Yo: _____, de nacionalidad _____; con Documento de Identidad _____ N° _____; de profesión _____, con Colegiatura profesional N° _____; domiciliado en _____, del Distrito de _____, Provincia de _____, Departamento de _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que en el Proceso SERUMS 202_- he adjudicado una plaza SERUMS, en la modalidad _____, en el establecimiento de salud _____, de la institución _____, ubicado en el distrito _____, de la provincia de _____, del departamento de _____ y habiendo realizado el Servicio COVID Especial – SERVICER del ___/___/20__ al ___/___/20__ en el establecimiento de salud _____ de la institución _____, solicito que dicho periodo de tiempo se convalide como parte de la prestación del SERUMS (Adjunto mi Constancia SERVICER).

_____, ___ de _____ de 20__.



Huella Digital

Firma
Nombres y Apellidos del Profesional