

*“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”
“Decenio de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres”*

Piura, 06 JUN. 2023

MEMORANDO N° 2526 -2023/DRSP-43002011-4

A : **DR. FERNANDO QUINTANA INFANTE**
Director Ejecutivo de Inteligencia Sanitaria

ATENCIÓN : **Sr. SEGUNDO SEBASTIAN LIVIA GARCIA**
Responsable de Estadística
Sr. Alex Mendoza
Responsable de la página Web

ASUNTO : **PUBLICAR EN PAGINA WEB INSTITUCIONAL REQUISITOS**
DE INICIO PROCESO SERUMS 2023-1

Por el presente me dirijo a Usted, para saludarle, y a la vez, hacerle llegar los requisitos para la presentación del expediente de INICIO DE SERUMS modalidad REMUNERADO 2023-I, con la finalidad que sean publicados en la página web institucional.

Asimismo, agradecemos se sirva ordenar a quien corresponda realice las acciones correspondientes para la transparencia de la información, solicitándole que el link sea ACCESIBLE y que se encuentre dentro de la carpeta PROCESO SERUMS.

Se anexa dicha información, en físico y en magnético contenido en DOCE (12) Folios.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN
DESARROLLO RR HH
Abog. Salvatore Edmundo Hurtado Magaña
DIRECCIÓN EJECUTIVA

c.c.

OEGDREH/
EQ. CYN

SEHM/SCS/RFPMP
P/ 06/06/2023



**REQUISITOS A PRESENTAR EN EL EXPEDIENTE PARA CONTRATO DE PLAZA SERUMS REMUNERADA 2023-I,
AMBITO REGIONAL PIURA,
INSTITUCION: GOBIERNO REGIONAL (MINSA) (PPTO REGIONAL Y NACIONAL)**

(PARA QUIENES SE ENCUENTREN FUERA DEL DEPARTAMENTO DE PIURA, TAMBIÉN SERAN CONSIDERADOS LOS CERTIFICADOS SI SON EMITIDOS EN OTROS DEPARTAMENTOS).

1. Solicitud de contrato dirigida al Director Regional de Salud Piura con atención al CRS (SE ANEXA MODELO)
2. HOJA DE RESUMEN de datos personales los cuales tienen de carácter de declaración jurada debidamente firmados y sin BORRONES (formato adjunto).
3. Proveído o Documento de Adjudicación de la Plaza (El profesional debe imprimir su proveído cuando su inscripción cambie a ADJUDICADO. El Proveído firmado por la DIRESA es entregado al profesional SERUMS al momento de la presentación de los documentos solicitados).
4. Fotocopia Notarial del DNI ampliada (a mitad de página el anverso del DNI y el reverso del DNI en otra mitad de la página).



Si no cuenta con el DNI vigente, presentar la copia del duplicado que emite RENIEC.

5. Formato de Elección del Régimen Pensionario - formato adjunto SIN BORRONES Y LEGIBLE.
6. Formato de inscripción al seguro de accidentes "VIDA" - Essalud (Formulario 6012) - formato adjunto (SIN BORRONES Y LETRA LEGIBLE).
7. Certificado Médico de Buena Salud Física, expedido por Establecimiento de Salud perteneciente a MINSA ó ESSALUD.
8. Certificado Médico de Buena Salud Mental, expedido por el profesional competente (PSIQUIATRA), expedido por un Establecimiento de Salud perteneciente a MINSA ó ESSALUD.
9. Copia Notarial del título Profesional.
10. Copia Notarial de la Diploma de la Colegiatura Profesional.
11. Certificado de Habilidad Profesional actualizado en Original (pudiendo ser el virtual del Colegio Profesional Correspondiente).
12. Constancia Virtual de registro de Título en SUNEDU; virtual de la página.
13. Declaración Jurada Simple de no haber realizado el SERUMS de la profesión en la que se inscribe (formato adjunto).
14. Declaración jurada de no percibir ingresos por parte del Estado (remuneración, pensión o cualquier otro ingreso - formato adjunto, aplicable para profesionales que adjudicaron plazas remuneradas - formato adjunto)
15. Declaración Jurada de no contar Antecedentes policiales, penales y judiciales (formato adjunto). Para Instituciones NO MINSA deberán presentar los certificados originales respectivos.
16. Declaración Jurada de no estar inscrito en el Registro de Deudores alimentarios Morosos – REDAM (formato adjunto), y debiendo realizar una captura de pantalla del mismo consultándolo a través del siguiente enlace: <https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/>. (formato adjunto)
17. Reporte de no encontrarse en el Registro Nacional de Sanciones contra servidores civiles - RNSSC, el cual debe ser consultado e impreso, a través del siguiente enlace: <http://www.sanciones.gob.pe/rnssc/#/transparencia/acceso>.
18. Constancia de Baja del INFORHUS: Es el aplicativo que registra a todos los profesionales de la salud que se encuentran laborando en las diferentes entidades públicas o privadas del sector salud. (Aplicable para profesionales que adjudicaron plazas remuneradas). Indispensable para los profesionales que laboran para el Estado y adjudicaron plazas SERUMS remuneradas; de no presentar este documento no podrán ser contratados ni realizar el SERUMS, quedando la plaza en calidad de no cubierta.
19. Comprobante de pago original de los profesionales que postularon directamente al proceso equivalente, y copia en caso de los que postularon en el Remunerado en otras regiones.
20. Declaración jurada de supervivencia del menor y copia simple del DNI ampliado y la partida de nacimiento actualizada; y si se desea asegurar también cónyuge o conviviente la partida de matrimonio o la constancia de convivencia (notarial), (documento que solo incluyen "quienes tienen hijos menores o cónyuge o conviviente que desean asegurar")

TENER EN CUENTA, EN CASO DE TENER HIJOS MENORES DE 18 AÑOS DEBEN ADJUNTAR AL FINAL DEL EXPEDIENTE;





INSTRUCCIONES A TENER EN CUENTA:

- EL PROFESIONAL SERUMS SOLO SE PRESENTARÁ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ADJUDICADO CON DOCUMENTO FORMAL FIRMADO POR DIRESA PIURA. SEGUIDAMENTE ESTAN ADJUNTOS LOS FORMATOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE LLENAR CON LETRA DE **IMPRESA CLARA Y LEGIBLE.**
- LA TOTALIDAD DE REQUISITOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE, DEBEN SER PRESENTADOS VIA FISICO Y VIA VIRTUAL **EN ESTRICTO ORDEN.** EL EXPEDIENTE VIRTUAL DEBEN SER ESCANEADOS LOS DOCUMENTOS ORIGINALES EN FORMATO PDF, EN **UN SOLO ARCHIVO,** NO VARIOS, Y SE DEBE PRESENTAR EN LA FECHA PROGRAMADA SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- ES NECESARIO LEER PREVIAMENTE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SE INDICAN Y DETALLES A TENER EN CUENTA LOS DATOS DE UBICACION DE LA PLAZA, PRESUPUESTO, QUINTIL, GD, ETC. ESTAN EN SU PROVEIDO, EL CUAL DEBE IMPRIMIR DESDE SU FICHA DE INSCRIPCIÓN.
- **SE LE PIDE AL PROFESIONAL QUE YA DEBE VENIR CON SU EXPEDIENTE PREPARADO SOLO PARA ENTREGAR.**
El expediente será presentado en el Equipo de Capacitación y Normas - SERUMS, siguiendo el orden detallado de los requisitos; en un folder grueso plástico tapa transparente, según el color que se detalla:

Color azul: Médicos.

Turquesa: enfermería.

Rojo: obstetricia,

Cualquier color menos los mencionados otras profesiones de la salud.

DATOS A TENER EN CUENTA EN LLENADO DE FORMATO ELECCION DE REGIMEN PENSIONARIO, EN EL ITEM EMPLEADOR SE CONSIGNA DEL SIGUIENTE MODO:

(SOLO PARA ADJUDICADOS REMUNERADOS):

- ❖ **PARA LOS ADJUDICADOS PRESUPUESTO NACIONAL**
EL EMPLEADOR ES: MINSA
DIRECCION AV. SALAVERRY 801 JESÚS MARIA-LIMA
RUC : 20131373237
- ❖ **PARA LOS QUE SON PRESUPUESTO REGIONAL:**
SUBREGIONES DE SALUD PIURA:
SECHURA Y SUB REGION DE SALUD MORROPON HUANCABAMBA
EMPLEADOR ES: DIRESA PIURA
AV. IRAZOLA S/N URB. MIRAFLORES CASTILLA PIURA
RUC ES 20171766509
- ❖ **PARA LOS QUE SON PRESUPUESTO REGIONAL SUB REGION SALUD LCC SULLANA**
EMPLEADOR ES: SRS LCC SULLANA TRANSVERSAL
DIRECCION INDICA SU COORDINACION LOCAL CON SRA. JENNY FARFAN
RUC ES 20199565398

ENCARGADOS DE BRINDAR ORIENTACION Y/O INFORMACION INICIO SERUMS POR INSTITUCION

✦ SRS LCC SULLANA : SRA. JENNY FARFÁN 972107421

✦ DIRESA PIURA: ING. SUSANA COLUMBUS 939312500





➤ **INSTITUCIONES GOBIERNO REGIONAL O MINSA:**

- **EXPEDIENTE COMPLETO:** EL EXPEDIENTE FISICO ORIGINAL COMPLETO PARA PROFESIONALES ADJUDICADOS MINSA/ GOBIERNO REGIONAL SE PRESENTA EN DIRESA PIURA – OFICINA DE CAPACITACION.
Y EL EXPEDIENTE RESUMIDO, CON LOS FORMATOS LLENADOS EN ORIGINAL SE SUBIRÁ A UN LINK VIRTUAL.
NOTA: ANTES DE SUBIRLO AL LINK PRIMERO DEBE HABER ENTREGADO SU EXPEDIENTE FISICO.

➤ **INSTITUCIONES NO MINSA: (FAP, NAVAL, ESSALUD, EJERCITO, PNP)**

- **EXPEDIENTE COMPLETO PARA INSTITUCIONES “NO MINSA”.** EL EXPEDIENTE ORIGINAL COMPLETO LO DEBERÁ PRESENTAR EN LA INSTITUCCION ADJUDICADA Y EN DIRESA PIURA PRESENTAR COPIA DE DICHO EXPEDIENTE.

CARPETA : INDICAR “INSTITUCION ADJUDICADA”
PRESUPUESTO : INDICAR “NACIONAL” ó “REGIONAL”,
“DIRESA PIURA”, “FAP”, “NAVAL”, “ESSALUD”, “EJERCITO”, “PNP”, DE ACUERDO A SU PROVEIDO)
Nº DE PROVEIDO:
PROFESION :
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:
INSTITUCIÓN ADJUDICADA:
NOMBRE DE EE.SS. ADJUDICADO:
DISTRITO DEL EE.SS. ADJUDICADO:

*SE COMPARTIRAN UN LINK DE CARPETAS (MINSA Y NO MINSA) A SUS CORREOS REGISTRADOS, A FIN DE QUE LOS PROFESIONALES QUE ADJUDICARON PLAZA DE ACUERDO A PRESUPUESTO NACIONAL O REGIONAL, PUEDAN SUBIR SUS ARCHIVOS ESCANEADOS EN PDF CONFORME AL ORDEN SEÑALADO.

DIRESA PIURA – FECHAS DE RECEPCION DE EXPEDIENTES ADJUDICADOS REMUNERADOS:

- ✦ Día 12 de junio de 8:30 am a 11:00 am: se recepcionará en DIRESA copia del expediente de los profesionales que han adjudicado plaza en Institución **NO MINSA (FAP, NAVAL, ESSALUD, EJERCITO, PNP)**.
- ✦ Día 12 de junio de 11.30 am a 2:00pm: se recepcionará copia del expediente de los profesionales que han adjudicado plaza a la Sub. Región de Salud Luciano Castillo Colonna – Sullana, posterior a la entrega del expediente cada profesional deberá comunicarse con la Coordinadora con Sra. Jenny Farfán al Teléfono 972107421.
- ✦ Día 13 de junio de 8.30 a 2:00 pm: se recepcionará el expediente ORIGINAL de los profesionales que han adjudicado plaza EN LA SUB REGION PIURA SECHURA Y SUB REGION MORROPON HUANCABAMBA, MINSA – GOBIERNO REGIONAL.





**SOLICITA: CONFORMIDAD DE EXPEDIENTE
PARA CONTRATO DE PLAZA REMUNERADA
ADJUDICADA PROCESO 2023-I**

DRA. MYRIAN FIESTAS MOGOLLON
DIRECTORA REGIONAL DE SALUD PIURA
ATENCIÓN: COMITE REGIONAL SERUMS

YO, _____ identificado con
DNI/CE N° _____, de profesión _____ Domicilio legal
en _____ Distrito de _____, Provincia
_____, Departamento de _____.

Ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo adjudicado una plaza de SERUMS modalidad _____,
PRESUPUESTO _____, En el Proceso SERUMS 2023-I, en el
Establecimiento de salud _____ Distrito de
_____ Provincia de _____ U.E de DIRESA y/o Institución
_____.

Solicito a Usted tenga a bien disponer a quien corresponda se autorice la elaboración del
contrato respectivo para la cual presento los documentos requeridos en original y copia de
acuerdo a normatividad vigente.

Por lo expuesto, solicito a Usted por ser de justicia.

Piura, ____ de _____ Del 2023

Firma _____

DNI/CE N° _____

Colegiatura N° _____

Teléfono: _____

Correo: _____





HOJA DE RESUMEN DATOS DEL POSTULANTE SERUMS
(tiene carácter de declaración Jurada)

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

Domicilio para notificaciones: _____

(Incluir Distrito, Provincia y Departamento)

TELEFONO fijo _____ Telf. Celular.: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(Incluir departamento y país)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
(Departamento o País donde concluyo su carrera)

UNIVERSIDAD: _____

PROFESION: _____

FECHA DE TITULACION: _____ N° COLEGIATURA: _____

PRESUPUESTO: NACIONAL REGIONAL

E.S. AL QUE ADJUDICÓ: _____ PROVEIDO: _____

MINSA ESSALUD MARINA

EJERCITO PNP FAP

CASOS ESPECIALES:

GESTANTES

MADRES CON HIJOS MENOR A 1 Año

ENFERMEDAD - DISCAPACIDAD

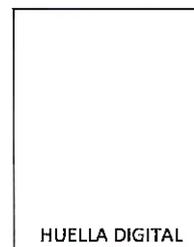
AFILIADO A:

SPP (AFP) ONP

- ✚ Debe estar **afiliado** al Sistema Privado de Pensiones (ONP o AFP)
(Si ya cuenta con aportes anteriores, adjuntar el contrato al final del expediente RESUMIDO).
- ✚ Debe estar conforme a lo consignado en su ficha de inscripción en el sistema.



FIRMA
DNI/CE N°



HUELLA DIGITAL



ANEXO N° 01
DECLARACION JURADA DE NO HABER REALIZADO SERUMS

YO, _____, de
Nacionalidad _____, identificado con DNI/CE N° _____, con
domicilio en _____, distrito de
_____, Provincia _____ y Departamento _____,
de profesión _____ con colegiatura N° _____

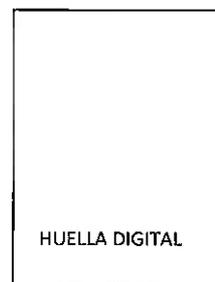
DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO HABER REALIZADO, NI ESTAR REALIZANDO EL SERVICIO RURAL Y URBANO MARGINAL DE SALUD (SERUMS) EN LA PROFESION DE _____ (colocar la profesion correspondiente a la plaza SERUMS adjudicada actualmente), en ningún establecimiento del Ministerio de Salud, ESSALUD, SALUD DE FUERZAS ARMADAS o institución alguna.

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, en el numeral 1.7 del Artículo. IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley 27444. Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas, civiles y penales a que hubiere lugar.

Piura, ____ de _____ Del 2023



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI/CE N°



ANEXO N° 02

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.

Piura, _____ de _____ Del 2023



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI/CE N° _____



ANEXO N° 03

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.

Piura, ____ de _____ Del 2023



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI/CE N°



ANEXO N° 04

**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° _____.

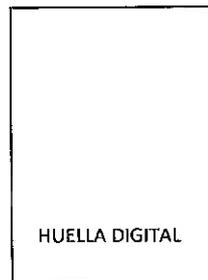
DECLARO BAJO JURAMENTO:

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.

Piura, ____ de _____ Del 2023



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI/CE N°



ANEXO N° 05

**DECLARACION JURADA QUE CERTIFICA SUPERVIVENCIA+
(Solo para los que deseen asegurar a hijos y/o conviviente)**

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

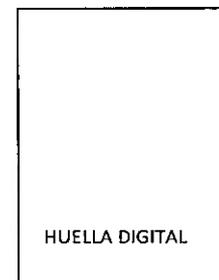
DECLARO BAJO JURAMENTO:

La **SUPERVIVENCIA** en la fecha, de mi menor Hijo(a), cuyo Apellidos y Nombres son: _____, nacido(a) el día _____ del _____, e identificado con DNI N° _____. Asimismo, me comprometo a comparecer con mi menor hijo ante las autoridades de salud si así lo requieren.

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.7 del Artículo. IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado (D.S. 004-2019-JUS) de la Ley 27444.

En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere lugar.

Piura, _____ de _____ Del 2023



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI/CE N° _____