

SOLICITO: PLAZA DE SERUMS EQUIVALENTE

**DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO**

Yo,....., identificado con  
.....domiciliado en.....  
.....  
Teléfono.....Profesión.....  
Universidad.....  
Con Colegiatura.....correo Electrónico.....  
Ante usted me presento y expongo:

Que, habiendo quedado en calidad de excedente en el Proceso de Serums.....

**POR TANTO:**

Solicito se me otorgue una Plaza de Serums Equivalente

Callao, de..... Del 20

.....

- Adj.:
- Ficha de Inscripción
  - Declaración Jurada de No haber realizado SERUMS
  - Copia Fedateada de DNI A-4
  - Copia Fedateada de Título Profesional
  - Copia Fedateada de Colegiatura
  - Constancia de Habilidad Profesional
  - Declaración Jurada de Antecedentes Penales y Policiales
  - Certificado Médico de Salud Física en original
  - Certificado Médico de Salud Mental en original
  - Constancia de Trabajo (para los profesionales que tienen vínculo laboral con el Estado)

## **CRONOGRAMA DE INGRESO SERUMS EQUIVALENTE 2016 – II DIRESA CALLAO**

### **Inscripciones Vía web ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe))**

Del 12 al 17 de octubre

### **Entrega de Documentos en la DIRESA (Unidad de Investigación)**

Del 18 al 31 de octubre de 8.00 a.m. a 1.00 p.m.

### **Sorteo de asignación de plazas equivalentes**

26 de octubre de 2.30 p.m. a 7.00 p.m.

Auditorio DIRESA Callao

### **Inicio del SERUMS equivalente**

01 de noviembre

### **Capacitación SERUMS**

07, 08 y 09 de noviembre

8.00 a.m. a 1.00 p.m.

Auditorio DIRESA Callao

## DOCUMENTOS A PRESENTAR

Ficha de Inscripción (de la Web del MINSA)

Fotocopias fedateadas de:

- Título profesional
- Diploma de la colegiatura
- Habilidad profesional vigente
- DNI (tamaño A-4)

Documentos Originales:

- ✓ Declaración Jurada de no haber realizado el SERUMS
- ✓ Declaración Jurada de no tener Antecedentes Policiales Ni Judiciales (los Formatos de Declaraciones Juradas de cualquier naturaleza se bajan de Google)
- ✓ Certificado de Salud Física (antigüedad no mayor de tres meses)
- ✓ Certificado de Salud Mental (refrendado por Médico Psiquiatra y con antigüedad no mayor de tres meses)
- ✓ Constancia de Trabajo (para los que tienen vínculo laboral con el Estado)

Imprimir la solicitud, llenarla, adjuntar los documentos arriba mencionados y dejar todo en Trámite Administrativo o Mesa de Partes (primer piso a la entrada de la DIRESA)

## **SORTEO SERUMS EQUIVALENTE 2016 – II**

### **AUDITORIO – DIRESA CALLAO**

**26 – 10 – 2016**

2.30 – 3.00 p.m.	:	Medicina Humana
3.00 – 3.30 p.m.	:	Enfermería
3.30 – 4.00 p.m.	:	Obstetricia
4.00 – 4.30 p.m.	:	Psicología
4.30 – 5.00 p.m.	:	Odontología
5.00 – 5.30 p.m.	:	Trabajo Social
5.30 – 6.00 p.m.	:	Tecnología Médica
6.00 – 6.30 p.m.	:	Químicos Farmacéuticos
6.30 – 7.00 p.m.	:	Biología y Nutrición

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER  
ANTECEDENTES POLICIALES, NI JUDICIALES**

Por el presente documento, el (la) que suscribe, .....,  
identificado (a) con D.N.I. N° ....., con domicilio en  
..... del distrito de .....,  
Provincia de ....., Departamento de .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:  
NO REGISTRAR ANTECEDENTES POLICIALES, NI JUDICIALES.**

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declare haber incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411º del Código Penal y Delito contra la fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativos General.

En fe de lo cual firmo la presente a los ..... días del mes de ..... de 2016.

-----  
Nombres y Apellidos  
DNI N°



Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos  
Unidad de Investigación



DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER REALIZADO EL SERUMS

YO,.....de Profesión.....  
.....egresado (a) de la Universidad.....  
con Colegiatura N°..... identificado (a) con DNI N°..... u otro documento (en caso de extranjeros)  
.....domiciliado (a) en.....  
.....del Distrito de ..... Provincia  
de.....Departamento de.....

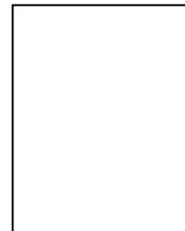
Declaro bajo juramento, NO HABER REALIZADO, NI ESTAR REALIZANDO EL SERUMS en ningún establecimiento del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las FFAA y PNP o Institución alguna.

Declaro que soy conocedor (a) de las responsabilidades en que incurriría en el supuesto que mi declaración no sea cierta (Artículo IV (1.7) de la Ley N° 27444.

Bellavista,..... de..... 201\_\_.

Firma.....  
N y A.....  
DNI N°:.....  
Teléfono fijo: .....  
Celular: .....

HUELLA:



**SOLICITO:** Realizar SERUMS Equivalente por vínculo laboral.

Señor Doctor:

**RICARDO ALDO LAMA MORALES**

Director General de la Dirección Regional de Salud del Callao

S.D.

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

Que, siendo personal del \_\_\_\_\_ y en cumplimiento al instructivo SERUMS 201\_\_\_\_, remito adjunto al presente los documentos que sustentan el vínculo laboral con el establecimiento antes descrito, para ser considerado como postulante al SERUMS EQUIVALENTE 201\_ - \_\_ con Vínculo Laboral.

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Bellavista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

FIRMA : \_\_\_\_\_

N y A : \_\_\_\_\_

DNI N° : \_\_\_\_\_

Teléfono fijo : \_\_\_\_\_

Celular : \_\_\_\_\_

