

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

## COMUNICADO N° 01 – CRSERUMS – LORETO CONVALIDACION SERVICER

PARA PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ADJUDICARON PLAZA SERUMS REMUNERADA O EQUIVALENTES EN EL PROCESO 2023-I

El Comité Regional SERUMS Loreto, comunica a los Profesionales de la Salud que adjudicaron plaza en el Proceso SERUMS 2023-I, modalidad remunerado o equivalente, interesados en convalidar su constancia SERVICER como tiempo efectivo de SERUMS, deberán presentar su solicitud dirigida al presidente del Comité Regional SERUMS Loreto, e ingresar su expediente en físico, en trámite documentario de GERESA LORETO, sito en Av. Colonial Mz. B Lt 21 – Punchana.

### REQUISITOS:

Documentos a presentar:

- 1.- Solicitud dirigida al presidente del Comité Regional SERUMS Loreto.
- 2.- Solicitud de Convalidación del SERVICER para su contabilización como parte del SERUMS (ANEXO (a) de la R.M. 966-2020/MINSA).
- 3.- Declaración Jurada de Permanencia en Plaza SERUMS (ANEXO (b) de la R.M. 966-2020/MINSA).
- 4.- Constancia de Convalidación SERVICER (original o copia legalizada). La Constancia deberá cumplir con los criterios de validación establecidos en la R.M. 966-2020/MINSA).

### PROCEDIMIENTO:

INGRESAR LOS EXPEDIENTES DE CONVALIDACIÓN SERVICER POR TRAMITE DOCUMENTARIO DE GERESA LORETO

COMITÉ REGIONAL SERUMS  
LORETO



## ANEXO (a)

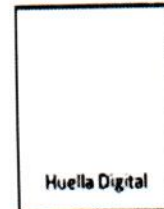
### SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DEL SERVICER PARA SU CONTABILIZACIÓN COMO PARTE DEL SERUMS

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\_\_.



-----  
Firma  
Nombres y Apellidos del Profesional

## ANEXO (b)

### DECLARACIÓN JURADA DE PERMANENCIA EN PLAZA SERUMS

Conste por el presente documento; el que suscribo con carácter de declaración jurada, que Yo: \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_; con Documento de Identidad \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_; de profesión \_\_\_\_\_, con colegiatura profesional N° \_\_\_\_\_; domiciliado en \_\_\_\_\_, del Distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_, Departamento de \_\_\_\_\_, en el pleno goce de mis derechos y en concordancia con lo previsto en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

**DECLARO BAJO JURAMENTO** que me comprometo a cumplir el programa del Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud en la Plaza SERUMS adjudicada a mi persona en el Proceso SERUMS

\_\_\_\_\_:

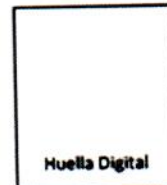
SERVICER: Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ (servicio ya realizado).

SERUMS: Del \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ (servicio por realizar).

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.



C. UGARTE T.



\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombres y Apellidos del Profesional  
N° de DNI/CE: