

COMITÉ REGIONAL DE SERUMS HUANCAVELICA

INSTRUCTIVO DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS A LA DIRESA HUANCAVELICA

De los profesionales que adjudicaron plazas SERUMS en la Región Huancavelica:

DE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS:

En primaria instancia los profesionales que adjudicaron al SERUMS en la Región Huancavelica (presupuesto Nacional, PNP, ESSALUD o Equivalentes), deben apersonarse a la Oficina de la Coordinación Regional SERUMS Huancavelica del área de RR.HH. de la DIRESA HVCA (solo el profesional de la salud), para a revisión de su expediente con todos los requisitos y se dé el visto bueno de la Coordinación Regional SERUMS (**la secretaria de la DIRESA HVCA no recibirá el expediente si no tiene el sello correspondiente**), para su presentación de expediente en mesa de partes de la DIRESA HVCA.



A todos los documentos que se presentarán de forma digital y física se debe agregar el proveído (firmado por RR. HH. Como indica el INSTRUCTIVO SERUMS 2025-II), que se entregara en Recursos Humanos de la DIRESA Huancavelica (Jr. 8 de octubre, 4to piso), le agregan el proveído recibido, **no se aceptarán expedientes sin proveído (físico y digital)**.



Los profesionales que adjudicaron una plaza SERUMS Remunerada tienen la obligación de entregar los documentos en forma física (MESA DE PARTES, SECRETARIA DE DIRESA HVCA 2do. Piso) y digital al Coordinador Regional del SERUMS (ohnercruz@gmail.com), el 01 al 03 de octubre del 2025. La presentación digital se hace en un solo archivo PDF (máximo 10 MB), respetando el orden del numeral 11.1.5. (INSTRUCTIVO).



Los profesionales que adjudicaron a plaza Equivalente tienen la obligación de presentar en forma física (MESA DE PARTES, SECRETARIA DE DIRESA HVCA 2do. Piso) y digital (ohnercruz@gmail.com), del 08 al 10 de octubre del 2025. La presentación digital se hace en un solo archivo PDF (máximo 10 MB), respetando el orden del numeral 11.1.5. (INSTRUCTIVO).

Los profesionales que adjudicaron a plaza Remunerada o Equivalente tienen la obligación de hacer el pago de **35 S/. a la Cta. N° 00-421-028974 Banco de la Nación de la DIRESA HVCA**; en base Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de la DIRESA HVCA, adjuntar VOUCHER original a los requisitos.



COMO ENVIAR LOS EXPEDIENTES EN DIGITAL.

Al enviar, en ASUNTO del correo, debe decir. "REMITO REQUISITOS SERUMS: Apellidos y Nombres". **Ejemplo: REMITO REQUISITOS SERUMS 2025-II. Alicia Hilda Paita Rodríguez (apellidos y nombres de usted)**.

El nombre del archivo PDF a adjuntar, debe decir: "Apellidos y Nombres completos. Profesión. 2025-II. EESS. Institución (ESSALUD, PNP, GOBIERNO REGIONAL)", **Ejemplo: Alicia Hilda Paita Rodríguez. Medico. 2025-II. Santa Ana. PNP.**

LOS DOCUMENTOS A ENTREGAR POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE
ADJUDICARON A PLAZA SERUMS, SERÁN PRESENTADOS EN EL ORDEN SIGUIENTE:

A. SOLICITUD DIRIGIDA AL COMITÉ REGIONAL SERUMS HUANCAVELICA:

SOLICITUD: ADJUDICACION A PLAZA SERUMS
PROCESO 2025-II

SEÑORA DIRECTORA REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA.

S. D.

Yo

Identificado con DNI. N°....., domiciliado en la
....., ante

usted con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo adjudicado una plaza(remunerada/equivalente)en el

Proceso SERUMS 2025-II, en el Establecimiento de Salud

Red de Salud (provincia)..... Región.....

Solicito la formalización como profesional de la salud que realizara el Servicio Rural y Urbano
Marginal de Salud (SERUMS), en la Región de Huancavelica para el proceso 2025-II.

Por lo expuesto, pido a usted acceder a mi solicitud.

Huancavelica,2025

Firma:

Nombres y Apellidos

Teléfonos:

Fijo

Móvil

E-Mail



B. FICHA DE DATOS PERSONALES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAMELICA
 DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS
 OFICINA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACION
 COORDINACION REGIONAL SERUMS HUANCAMELICA



FICHA PERSONAL - SERUMS 2025 - II

Nº	DATOS GENERALES	DESCRIPCION		
		INICIO	TERMINO	
1	APELLIDO PATERNO			
2	APELLIDO MATERNO			
3	NOMBRES			
4	FECHA DE NACIMIENTO			
5	PROFESION			
6	ESTADO CIVIL			
7	D.N.I.			
8	Nº AUTOGENERADO (ESSALUD)			
9	DOMICILIO			
10	DISTRITO			
11	PROVINCIA			
12	DEPARTAMENTO			
13	PERIODO DEL SERUMS			
14	CONDICION CONTRATO SERUMS	NACIONAL	REGIONAL	EQUIVALENTE
16	ESTABLECIMIENTO ASIGNADO (CENTRO DE SALUD - PUESTO DE SALUD)			
17	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR			
18	NOMBRE DE FAMILIAR O PERSONA MAS CERCANA EN CASO DE EMERGENCIA			
	DIRECCION			
	TELEFONO			
19	GRUPO SANGUINEO DEL PROF. SERUMS			
20	NOMBRES Y APELLIDOS DE DERECHO HABIENTES (CONYUGUE E HIJOS), ADJUNTAR COPIA DE PARTIDA DE MATRIMONIO Y/O UNION DE HECHO NOTARIAL Y DNI.			Nº DNI

NOTA:

Según Resolución Jefatural Nº113-98-JEFATURA ONP, los procedimientos de inscripción y permanencia en el Sistema Nacional de pensiones (SNP) es de aplicación para aquellas personas que hayan iniciado su vínculo laboral con una nueva entidad empleadora y no estar afiliado previamente al Sistema Privado de Pensiones (SPP).

Si este fuera el caso del SERUMS 2025-II, debe manifestar expresamente la intención de inscribirse o permanecer en el Sistema Nacional de pensiones, dentro de los 10 días hábiles de haber iniciado sus actividades laborales.



- D. **Copia de proveído**, (con firmas otorgado por RR.HH. de DIRESA HVCA)
- E. **Copia simple de Título Profesional.**
Sobre este punto: es copia simple (blanco y negro de color como Uds. deseen), pero que la copia sea clara y legible.
- F. **Copia simple de Colegiatura Profesional.**
Sobre este punto: es copia simple (blanco y negro de color como Uds. deseen), pero que la copia sea clara y legible.
- G. **Constancia de Habilidad / Habilitación Profesional vigente.**
Sobre este punto: Es original y vigente.
- H. **Certificado Médico de Buena Salud Física expedido por un Establecimiento de Salud perteneciente a una Institución Pública o Privada.**

Sobre este punto: El Certificado de Buena Salud Física, puede ser emitido por un Médico (no necesariamente especialista) en Huancavelica o traerlo de otra región. Tiene que ser emitido en el Formato del Colegio Médico del Perú o en el formato que cada Institución de salud utilice de acuerdo a sus procedimientos. En ambos casos debe ser visado por la Dirección General del Establecimiento de Salud que emite.

- I. **Certificado Médico de Buena Salud Mental expedido por un Establecimiento de Salud perteneciente a una Institución Pública o Privada.**

Sobre este punto: El Certificado de Buena Salud Mental, SOLO debe ser por Médico Psiquiatra (en Huancavelica o de otra Región). Tiene que ser emitido en el Formato del Colegio Médico del Perú o en el formato que cada Institución de salud utilice de acuerdo a sus procedimientos. En ambos casos debe ser visado por la Dirección General del establecimiento de salud que emite.



**J. Declaración jurada de no contar con antecedentes penales, judiciales y policiales.
(Anexo 04).**

ANEXO 04

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON ANTECEDENTES PENALES, JUDICIALES Y
POLICIALES.**

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 PENALES, JUDICIALES Y POLICIALES.

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.

Huancavelica, de de 2025.

Huella Digital

Firma

Nombres y Apellidos:

DNI / CE N°



K. Declaración Jurada de no estar inhabilitado administrativa o judicialmente (Anexo 05). Puede verificar su estado en el siguiente link: <https://www.sanciones.gob.pe/mssc/#/transparencia/acceso>

llenar el anexo 05 según instructivo y realizar trámite en el Link.

ANEXO 05

DECLARACIÓN JURADA DE NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE

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

DECLARO BAJO JURAMENTO:
(Marcar con X según corresponda)

SI / NO ESTAR INHABILITADO ADMINISTRATIVA O JUDICIALMENTE.

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.

Huancavelica, de de 2025.

Huella Digital

.....
Firma

Nombres y Apellidos:

DNI / CE N°



El trámite que debe realizar en el Link.



CONSULTA DE INSCRIPCIONES VIGENTES EN EL RNSSC

Datos de quien realiza la consulta

Tipo de documento: DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
Número de documento: 47676502
Fecha de Nacimiento: 10/04/1993

Seleccione la imagen Avión



Ingresar



Aplicativo Administrado por la Gerencia de Desarrollo del Sistema de Recursos Humanos
Pasaje Francisco de Zela 150 piso 10 - Jesus Maria, Lima, Perú
206 3370 anexos 2590, 2591 o 2592 | mssc@servir.gob.pe

Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) - Todos los derechos reservados



CONSULTA DE INSCRIPCIONES VIGENTES EN EL RNSSC

Datos del funcionario

Nombre: DIANA ESTEFANIA
Primer Apellido: MELGAR
Segundo Apellido: AGUILAR
Tipo de documento: Subcontrato
Número de documento: Sin Documento

LIMPIAR CONSULTAR

Nota: Se comunica que se ha efectuado variaciones en el listado de los reportes del Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles, solo respecto de las nomenclaturas utilizadas, a partir del 10 de septiembre de 2024 relacionado con las inscripciones del impedimento permanente, sancionado del Decreto Legislativo N° 1250, y la inhabilitación definitiva, derivada de la Ley N° 29980, y las inhabilitaciones del artículo 36 del Código Penal, a efecto de alinearlos a los términos de la legislación citada, y no implican un cambio en el sentido de la inscripción, su contenido o vigencia.

Aplicativo Administrado por la Gerencia de Desarrollo del Sistema de Recursos Humanos
Pasaje Francisco de Zela 150 piso 10 - Jesus Maria, Lima, Perú
206 3370 anexos 2590, 2591 o 2592 | mssc@servir.gob.pe



Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) - Todos los derechos reservados



Este es el documento a adjuntar en el expediente.



REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES CONTRA SERVIDORES CIVILES
TRANSPARENCIA

Fecha de Reporte: 22/09/2025 11:41:15

Criterios de Búsqueda

Documento de Identidad: NINGUNO
Nombres: DIANA ESTEFANIA
Primer Apellido: MELGAR
Segundo Apellido: AGUILAR

NO SE ENCONTRARON REGISTROS



L. Declaración Jurada de no percibir ingresos por parte del Estado (Anexo 06). Aplicable para profesionales que adjudicaron plazas remuneradas.

ANEXO 06

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.

Huancavelica, de de 2025.



Firma

Nombres y Apellidos:

DNI / CE N°



M. Declaración Jurada sobre Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM. (Anexo 07). Puede verificar su estado en el siguiente link:

<https://casillas.pj.gob.pe/redam/#/>

ANEXO 07

DECLARACIÓN JURADA SOBRE 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°

DECLARÓ 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 conlleva.

Huancavelica, de de 2025.



.....
 Firma

.....
 Nombres y Apellidos:

.....
 DNI / CE N°



el documento a adjuntar en el expediente (pantallazo e imprimirlo)



INICIO VIDEOTUTORIALES AYUDA

Deudores Alimentarios Morosos - DAM

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	RANGO DE PERIODOS
TIPO DE DOCUMENTO*	DNI	
NÚMERO DE DOCUMENTO*	47676502	

(*) Datos obligatorios

Resultado de consulta
Los datos ingresados no presentan registros

- N. Copia simple del documento que acredita la licencia sin goce de remuneraciones por el periodo de duración del SERUMS (en los casos que corresponda).
- O. Declaración Jurada de no contar con resolución de termino de SERUMS en la misma profesión (anexo 08).

ANEXO 08
DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON RESOLUCIÓN DE TÉRMINO DE SERUMS

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 RESOLUCIÓN DE TÉRMINO DE SERUMS EN LA PROFESIÓN DE (Colocar la profesión correspondiente a la plaza SERUMS adjudicada actualmente).

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.

Huancavelica, de de 2025.

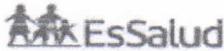
Firma: _____ Huella Digital:

Nombres y Apellidos:

DNI / CE N°



- P. Constancia de Baja del INFORHUS:** El 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 pueden ser contratados ni realizar el SERUMS, quedando la plaza en calidad de no cubierta. (el documento lo pueden coordinar y solicitar a su antiguo empleador si es el caso. Si no es su caso OMITA ESTE PUNTO)
- Q. Formato ESSALUD.** (formulario 1010 y registro de titular y beneficiarios + vida segura de accidentes).



**REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS
+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

FORMULARIO N° 6010
(Versión 2)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		NRO. DOC. IDENTIDAD:	
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
APELLIDOS Y NOMBRES:			
CORREO ELECTRONICO:			
TIPO DE ASEGURADO:		CONVENIO CON EL CGERP	
<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> AGRARIO	<input type="checkbox"/> POTESTATIVO	<input type="checkbox"/>
NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (Solo en el asegurado regular o agrario dependiente):			

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO (A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		NRO. DOC. IDENTIDAD:	
<input type="checkbox"/> DNI	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
APELLIDOS Y NOMBRES:			

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N°27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

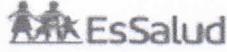
Asimismo, si me doy cuenta que de comprobarse falsas en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a restituir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: SI NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESSALUD





**REGISTRO DE TITULAR Y BENEFICIARIOS
+VIDA SEGURO DE ACCIDENTES**

FORMULARIO N° 6092
(Versión 2)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI C.E. Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE ASEGURADO:

REGULAR AGRARIO POTESTATIVO

CONVENIO CON EL CGRVP:

NRO. DE RUC DEL EMPLEADOR (sólo si es asegurado regular o agrario dependiente):

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O CONCUBINO (A)

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DNI C.E. Otro (Especificar):

NRO. DOC. IDENTIDAD:

APELLIDOS Y NOMBRES:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO(S)

TIPO DOC. IDENT.	NRO. DOC. IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES	%

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento, que la información consignada en el presente formulario es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsas en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(s) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario: SI NO

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y SELLO DE ESALUD



R. Formato de elección de REGIMEN PENSIONARIO original firmado (para los que no están afiliados, también tienen que llenar y enviar en el sistema SERUMS DIGITAL) y para profesionales que cuentan con su afiliación tienen que presentar su **Constancia de Estado de Afiliación al Sistema Nacional de Pensiones (ONP) o al Sistema Privado de Pensiones (AFP)**.

FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO											
I. DATOS DEL TRABAJADOR:											
1. APELLIDO PATERNO:											
2. APELLIDO MATERNO:											
3. NOMBRES:											
4. TIPO DE DOCUMENTO:											
DNI											
Carné de extranjería											
Pasaporte											
Otro											
5. SEXO:											
F M											
6. FECHA DE NACIMIENTO:											
Día Mes Año											
Avenida Calle Jrón Otros:											
7. DOMICILIO:											
Distrito											
Provincia											
Departamento											
EMAIL PERSONAL						TELEFONO FIJO:					
EMAIL PERSONAL (Alternativo)						CELULAR:					
II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:											
1. NOMBRE O RAZON SOCIAL: M I N I S T E R I O D E S A L U D											
2. Nº DE RUC: 2 0 1 3 1 3 7 3 2 3 7											
3. DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:											
III. DATOS DEL VINCULO LABORAL:											
1. FECHA DE INICIO DE LA RELACION LABORAL: Día Mes Año											
2. REMUNERACION:											
IV. ELECCION DEL SISTEMA PENSIONARIO											
1. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP) <input type="checkbox"/>						2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES <input type="checkbox"/>					
Firma del trabajador: _____											
Lima, _____ de _____ de 202_.											

ejemplo de constancia de afiliación.



CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AFP

FECHA CONSULTA: 04/04/2023 15:09:11

Datos personales

Apellidos y nombres	SIBELA CLARETH CONDORI FUENTES		
Fecha de nacimiento	08/07/1988	Documento de identidad	78000000
Estado Civil	Nacionalidad		
País de nacimiento	PERU		

Datos del afiliado

Código de afiliado	040-PROFESORA	Fecha de ingreso al AFP	01/03/2000
Categoría afiliado	SER EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO POR LA EFECTACION	Tipo de trabajador	INDEPENDIENTE
Tipo de contribuyente	CON ATRIBUCION	Inscripción en el sistema	AFILIADO ACTIVO
AFP actual	PRIMA	Fecha de afiliación a AFP	01/03/2000
Fecha de desvinculación del sistema	00/00/00	AFP donde registra aportes	PRIMA

Esta información ha sido proporcionada por las Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP).

Importante

Como afiliado al Sistema Privado de Pensiones, tiene derecho a las siguientes prestaciones: Jubilación, Invalidez, Sobrevivencia y Gastos de Sepelio. Para más información ingresa [aquí](#).

Contactarnos llamando a la línea gratuita a nivel nacional 0-800-100-40 o a través de cualquiera de nuestros Canales de Atención. Para más información visita www.dsi.onp.gob.pe



S. Adjuntar Voucher de pago por inscripción SERUMS 2025-II.

- Para profesionales de la salud que son de las Universidades de nuestro ámbito (que se encuentran ubicados en la región Huancavelica) caso de UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA y UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE TAYACAJA, adjuntar lo que pagaron en su inscripción para su adjudicación del proceso SERUMS 2025-II, (Si en caso no hicieron el pago, deberán hacer el pago por derecho a "INSCRIPCION PARA REALIZAR SERUMS" de **35 S/. a la Cta. N° 00-421-028974 Banco de la Nación de la DIRESA HVCA**; en base Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de la DIRESA HVCA).
- Para profesionales de la salud que no son de universidades de nuestra región deberán hacer el pago por derecho a "INSCRIPCION PARA REALIZAR SERUMS" de **35 S/. a la Cta. N° 00-421-028974 Banco de la Nación de la DIRESA HVCA**; en base Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) de la DIRESA HVCA. (indico este punto debido a que otros realizan su pago de inscripción a la adjudicación con el monto de otra región, este pago a la DIRESA HVCA es muy aparte de lo que ya pagaron en otras regiones).

T. Observaciones:

- Para los profesionales que adjudicaron en otras instituciones que NO son gobierno Regional. Los DOCUMENTOS originales son para la institución al que adjudicaron y a la Coordinación Regional SERUMS Huancavelica entregaran copias (con el orden correspondiente de los requisitos que se pide).
- Para profesionales que adjudicaron al Gobierno Regional. Los originales son para la DIRESA Huancavelica.
- No olvidar que es obligatorio entregar en forma ordenada.
- Enviar un solo archivo PDF. No por separado.
- Pueden enviar archivo, SOLO después de obtener el proveído (firmado por RR.HH. de la DIRESA HVCA). Lo escanean y lo adjuntan como primera hoja al resto de requisitos.
- El Expediente se presenta en folder de manila (NO SOBRE), perforado y en orden antes descrito.
- Todo documento a presentarlo debe tener el visto bueno por parte de la Coordinación Regional SERUMS Huancavelica, en donde se les entregara su Proveído firmado por RR.HH. de la DIRESA HVCA.
- Adicionalmente los profesionales que adjudiquen plaza remunerada de presupuesto nacional deben descargar, completar los formularios y adjuntarlos en el aplicativo SERUMS, a fin de gestionar oportunamente su contrato y alta correspondiente.
- En caso de que los profesionales que adjudicaron de Instituciones (PNP Y ESSALUD) no presenten su expediente, no se les tramitara su resolución de termino hasta que regularicen su expediente.

MUY IMPORTANTE:

Como parte del presente, se precisa que la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (DIRESA HVCA) está conformada por siete Unidades Ejecutoras, denominadas Redes Integradas de Salud (RIS): RIS Huancavelica, RIS Tayacaja, RIS Acobamba, RIS Angaraes, RIS Castrovirreyna, RIS Churcampá y RIS Huaytará. Cada RIS, en su calidad de Unidad Ejecutora, tiene bajo su



responsabilidad diversos establecimientos de salud, conforme a la adjudicación realizada en el marco de la oferta de plazas del proceso SERUMS, publicada oficialmente en el portal institucional. Cabe señalar que, en dicho contexto, las RIS coinciden territorialmente con las provincias del departamento de Huancavelica.

Una vez que los profesionales de la salud adjudicados al proceso SERUMS (presupuesto Nacional, Regional y Equivalente) hayan presentado sus documentos ante la DIRESA Huancavelica, deberán dirigirse a la Red Integrada de Salud (RIS) correspondiente al establecimiento de salud donde adjudicaron su plaza. En dicha RIS, deberán presentar el Proveído (firmado por la Oficina de Recursos Humanos de la DIRESA HVCA), así como copias de su expediente (en caso la RIS lo requiera).

La RIS será responsable de gestionar el documento de presentación al establecimiento de salud (carta o memorando), el cual será emitido por la misma RIS a la que pertenece el EE.SS. adjudicado. Solo con dicho documento, y previa coordinación con el encargado del SERUMS de la RIS, el profesional podrá presentarse formalmente en el establecimiento de salud asignado.

¡Detallar que los contactos de sus encargados de SERUMS de sus RIS se les dará el día de recojo de su proveído!

LINK donde se encuentra los anexos y demás formatos a presentar:
https://drive.google.com/drive/folders/16lNX3zrD3EcZ7AUFzNdRpsH-0mis3g_A?usp=sharing



