

# **REQUISITOS PARA PRESENTACION DE** **EXPEDIENTE** **COMO CASO ESPECIAL**

*Con la finalidad de proteger al binomio “Madre- Niño”, las gestantes y las madres con hijos menores de 1 año, que postulan como caso especial, sólo podrán acceder a plazas ubicadas en zonas con quintil 2 ó 3, en la medida que dichas plazas ofrecen mejor accesibilidad geográfica y cercanía a los establecimientos de salud con mayores niveles de complejidad y capacidad resolutive, en caso se requiera.*

*Del mismo modo, con la finalidad de salvaguardar la salud y seguridad de los postulantes con discapacidad, ellos podrán postular a plazas ubicadas en zonas con quintiles 2 a 3, dado que las plazas ubicadas en dichos quintiles, ofrecen mejor accesibilidad geográfica y cercanía a establecimientos de salud con mayor nivel de complejidad y capacidad resolutive, en caso que se requiera atención.*

**GESTANTE:** Informe Médico de Gestación (**NO SE ACEPTARÁ CERTIFICADO MÉDICO**), refrendado por la autoridad competente (**DEBE LLEVAR APARTE DE LA FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA, LA FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL O DIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**).

**MADRE CON HIJO MENOR DE 1 AÑO:** Copia del DNI del menor, Declaración jurada que certifica Supervivencia del menor. Solo se considerarán aquellos menores de 1 año hasta la fecha de inicio del SERUMS Remunerado.

**PERSONA CON DISCAPACIDAD:** a) Certificado de Discapacidad con una vigencia no menor de 03 meses a la fecha del inicio del SERUMS, otorgado por los establecimientos de salud de del Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Ministerio de Interior, Seguro Social de Salud-ESSALUD, INPE y Privados autorizados. b) Copia Legalizada o autenticada por fedatario de la Resolución emitido por el CONADIS (consejo Nacional de integración de la Persona con Discapacidad).

**El Comité Médico evaluará y validará los documentos presentados por los postulantes como casos Especiales, pudiendo solicitar documentos adicionales u opinión especializada de considerarlo pertinente. El resultado de estas evaluaciones será publicada por el Comité Regional del SERUMS, en la página Web [www.diresalalibertad.gob.pe](http://www.diresalalibertad.gob.pe)**

**COMITÉ REGIONAL DE SERUMS-LL**

**SOLICITUD: CASO ESPECIAL PROCESO  
SERUMS 2018-I**

Señor MC:  
**EDUARDO OMAR ARAUJO SANCHEZ**  
GERENTE REGIONAL DE SALUD-LA LIBERTAD

**Atención:** Presidente del Comité Central del SERUMS

Yo, ....., identificado(a) con DNI N°  
.....ds\_037\_2016\_titulo\_SUNEDU..., domiciliado(a) en  
....., de profesión ....., con  
Colegiatura N° ....., ante Uds. con el debido respeto me presento.

Que habiéndose iniciado el proceso de inscripción SERUMS, la suscrita está postulando a una plaza remunerada, solicito ser considerado(a) como **CASO ESPECIAL** en la condición:

- ..... Madre Gestante,
- ..... Madre con Hijo menor de Un (01) año,
- ..... Con discapacidad.....,

Habiéndome inscrito a la plaza SERUMS Remunerada de la Institución:.....  
para la GERESA LA LIBERTAD del Proceso SERUMS 2018-I; para tal efecto, adjunto a la presente los documentos que sustenten mi condición de caso especial.

Es justicia que espero alcanzar.

Trujillo, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Teléfono Fijo: .....

E mail: .....

Adjunto:

- Ficha de inscripción
- .....
- .....

**DECLARACION JURADA OUE CERTIFICA SUPERVIVENCIA**

Yo....., de nacionalidad..... , natural de..... , identificado con DNI No..... , de profesión..... , con domicilio en..... el distrito de..... , de la provincia de..... , del departamento de.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

La **SUPERVIVENCIA** en la fecha, de ml menor Hijo(a), cuyo a Apellidos y Nombres son:..... , nacido(a) el..... De..... del 201...., e identificado con DNI N° .....Así mismo, 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 la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Decreto legislativo N°1272, Decreto Legislativo que modifica la Ley 27444, Ley del procedimiento Administrativo General y Deroga la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo. En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere lugar.

Trujillo,....., de..... de 2018.

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos del Profesional  
DNI:\_\_\_\_\_