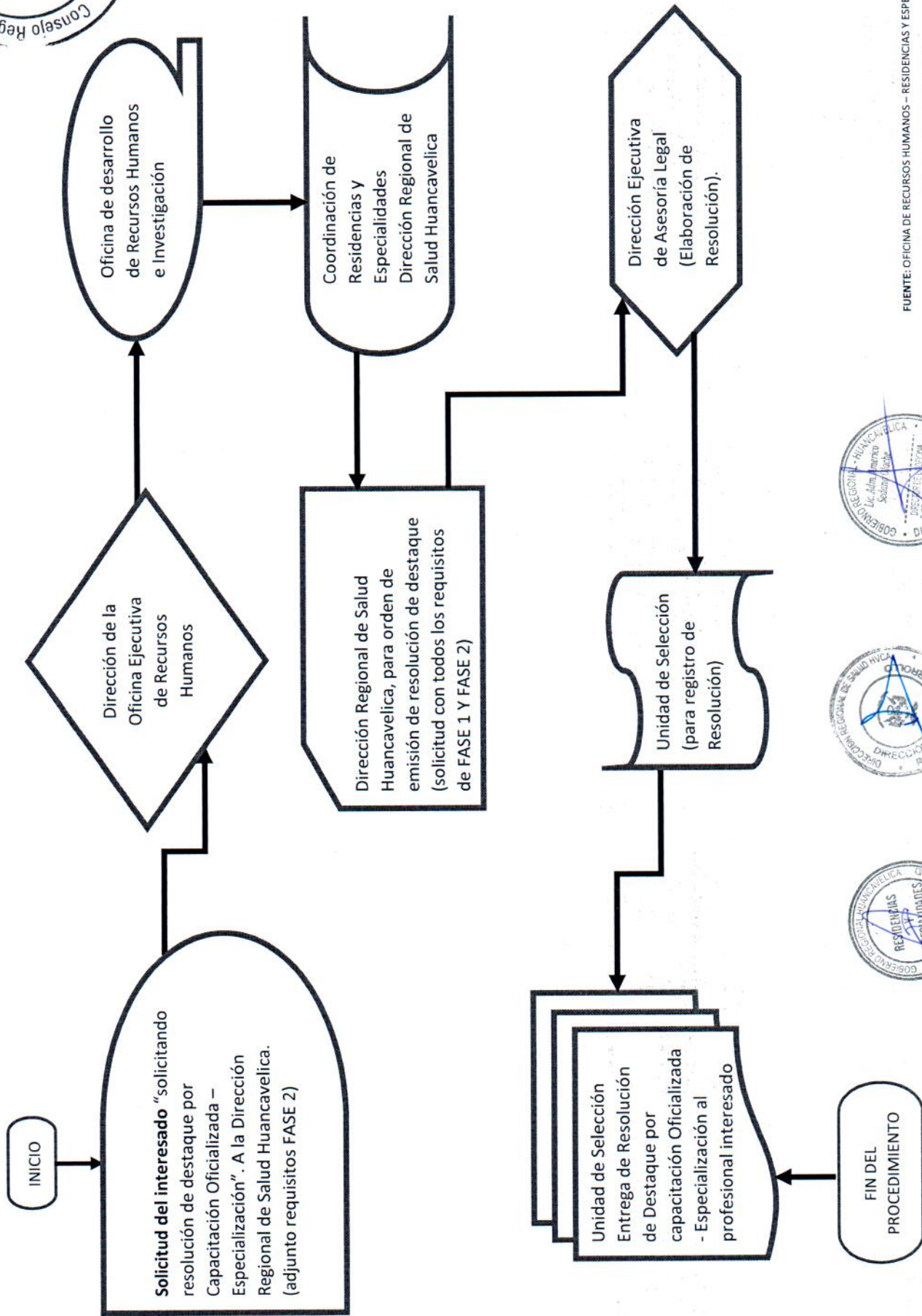




FASE 02

FLUJO PARA SOLICITAR RESOLUCION DE DESTAQUE POR CAPACITACION OFICIALIZADA

RESIDENTADO – ESPECIALIZACION (FASE 2)



FASE N° 02

REQUISITOS PARA SOLICITAR RESOLUCION DE DESTAQUE POR CAPACITACION
OFICIALIZADA – RESIDENTADO MEDICO 2025 - 2026

REQUISITOS: SOLO AQUELLOS PROFESIONALES QUE CUENTEN CON PREVIA
AUTORIZACION A LA POSTULACION Y ADJUDICACION AL RESIDENTADO MEDICO
(FASE N° 01 AUTORIZADO POR LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAMELICA)

- 1) Pago por derecho de tramite documentario.
- 2) Solicitud de Destaque por Residentado – Capacitación Oficializada; dirigida al Director Regional de Salud Huancavelica. La solicitud debe adjuntar los siguientes documentos.

a) **CONSTANCIA DE ADJUDICACION DE VACANTE (MODALIDAD CAUTIVA).**
Copia Fedateada

b) **CARTA DE COMPROMISO NOTARIAL POR CAPACITACION OFICIALIZADA.**
ANEXO N° 04 (MEDICOS)

c) **ACTA DE ENTREGA DE CARGO DE ACUERDO A DIRECTIVA N° 005-2020/GOB.REG.HVCA/GRPPYT "NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE CARGO DE LOS SERVIDORES DEL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA" (documento completo).**

d) **CONSTANCIA DE NO ADEUDO DE LA UNIDAD EJECUTORA. (ANEXO N° 05)**

e) **FICHA DE DATOS DEL PROFESIONAL. (ANEXO N° 06)**



ANEXO N° 04

CARTA DE COMPROMISO NOTARIAL POR CAPACITACION OFICIALIZADA

Por medio del presente el (la) Médico Residente, con motivo de participar de manera voluntaria en la siguiente capacitación oficializada Formación Profesional **RESIDENTADO MEDICO**; contrae con los siguientes compromisos

Institución/Universidad:
Sede Docente:.....
Capacitación:.....
Fecha de Inicio:..... Fecha de Culminación
Modalidad de Residentado Duración de Residentado..... Años.....
YO,.....

Identificado con DNI N°.....

Vengo laborando en el Establecimiento de Salud.....

Profesión:.....

Especialidad que Adjudico.....

Periodo:.....

Ciudad..... País.....

Financiado por:..... Tipo de

Capacitación: Formación Profesional.

Condición Laboral: Nombrado

Me comprometo ante la DIRECCION DE SALUD HUANCAVELICA, a realizar el Residentado Medico, en la especialidad de:Retornar a la IPRESS:....., permanecer en la región el mismo tiempo que duro mi formación por capacitación oficializada:.....

Dar cumplimiento con la Ley N° 30453, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Medico (SINAREME) y el Decreto Legislativo 1025 y reglamentación institucional y debiendo realizar lo siguiente:

1. Me comprometo como médico residente, no realizar cambios de especialidad, modalidad, ni sede docente, concluir en la especialidad de adjudicación inicial.
2. Me comprometo como médico residente ingresante no hacer abandono o renuncia a la plaza con posterioridad a la fecha de cierre del proceso. Asumiendo las sanciones administrativas que establezca la DIRESA HVCA., como: Estará inhabilitado automáticamente para postular por el mismo periodo autorizado al residente y devolver el monto íntegro de los ingresos recibidos. Excepto por causas debidamente justificadas que impidan la consecución de su formación. (Por enfermedad debidamente comprobada, que impida cumplir con el programa de formación. Por incapacidad física debidamente comprobada que impida cumplir con el programa de formación).
3. Cumplir con la normatividad emitida por el Ministerio de Salud, cumplir con las normas que regulan el residente médico, cumplir con las normas reglamentarias emitidas por la Universidad en la que realiza su segunda especialización, por la institución prestadora de servicios de salud, CONAREME y COREME.
4. Cumplir sus obligaciones académicas de docencia en servicio de acuerdo con el programa y las reglas establecidas por el reglamento de la Ley 30453, comprometiéndose dedicarse exclusivamente a los estudios de la materia del compromiso y a obtener la situación final de Aprobado, tras cumplir los requisitos académicos de la acción de capacitación y la asistencia mínima requerida.
5. El servidor se comprometo a enviar sus evaluaciones anualmente de acuerdo al plan curricular de su formación de residente (adjuntar copias de calificaciones semestrales) y al culminar los estudios deberá de presentar un informe final adjuntando copia de la constancia de termino de Residentado Medico.
6. Me comprometo como médico del ámbito de la DIRESA Huancavelica, en condición de nombrado al culminar el residente medico por modalidad cautiva, destacado por capacitación oficializada ejercer en la región Huancavelica, en concordancia con las prioridades regionales y locales previamente establecidas y retornar obligatoriamente a la Región Huancavelica – Hospital que corresponde mi especialidad antes mencionada para el desempeño de mis competencias profesionales. No puede desplazarse a otra región por el tiempo equivalente a la duración del residente médico.
7. Me comprometo a cumplir el periodo mínimo de permanencia es, por lo menos el mismo tiempo de la duración del destaque. El incumplimiento inhabilita el ejercicio de la función pública, bajo cualquier modalidad, por 10 años en las condiciones que señala el reglamento y devolver los ingresos recibidos. (Ley N° 30453.Ley del sistema nacional de residente medico (SINAREME).
8. Me comprometo a remitir los documentos exigidos por la institución para su renovación de destaque por capacitación oficializada siendo máximo fecha de solicitud hasta fines del mes de febrero de cada año presupuestal.
9. Declaro que el incumplimiento del presente compromiso me inhabilita para participar en otras acciones de capacitación programadas en el Plan de Desarrollo de las Personas, en cualquier entidad de administración pública y privada al servidor hasta resolver la totalidad de los gastos ocasionados y los haberes percibidos durante su licencia, sin perjuicio de otras acciones administrativas que correspondan. Así mismo, autorizo el descuento el descuento total por planilla del monto invertido por el Estado.
10. Reintegran el monto total del costo de la capacitación, en caso de ser eliminado, desaprobado, despedido, o si incumple las obligaciones que se señalan en las normas vigentes.
11. Lo que no se contemple en el presente compromiso será regido de acuerdo a la ley del Residentado Medico Ley N° 30453.

HUANCAVELICA, DE DEL 2025

FIRMA Y HUELLA DIGITAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

ANEXO N° 05

CONSTANCIA DE NO ADEUDO

UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD



CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO la/el **MEDICO**,.....
....., PROFESIONAL NOMBRADO QUE HA INGRESADO AL **RESIDENTADO MEDICO**, DE LA IPRESS....., MICRO RED.....
UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD....., GERENCIA SUB REGIONAL DE, NO ADEUDA NINGUN BIEN SERVICIO NI DINERO A LA IPRESS.

LAS PERSONAS QUE FIRMAN SERAN LAS RESPONSABLES DE CUALQUIER FALTANTE.
Firmen.

JEFE DEL IPRESS

JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD

DIRECTOR UNIDAD OPERATIVA RED DE SALUD.....



HUANCAVELICA,

DE

DEL 2025.

ANEXO N° 06
FICHA PERSONAL –PROFESIONAL RESIDENTADO -2025

RESIDENTADO EN:

ESPECIALIDAD:

Nº	DATOS GENERALES	DESCRIPCION
1	APELLIDO PATERNO	
2	APELLIDO MATERNO	
3	NOMBRES	
4	FECHA DE NACIMIENTO	
5	PROFESION	
6	NUMERO DE COLEGIATURA	
7	ESTADO CIVIL	
8	D.N.I	
9	RESIDENCIA EN	
10	ESPECIALIDAD EN	
11	UNIVERSIDAD DE RESIDENCIA	
12	SEDE DOCENTE (HOSPITAL)	
13	FECHA DE INICIO DE RESIDENCIA	
14	FECHA DE TERMINO DE RESIDENCIA	
15	CORREO ELECTRONICO	
16	Nº DE CELULAR	
17	Nº DE CONTACTO (FAMILIAR)	
18	DIRECCION DOMICILIARIA DURANTE EL PERIODO DE RESIDENCIA	
19	NOMBRE DE PARIENTE MAS CERCANO	
20	TELEFONO CELULAR/FIJI- FAMILIAR	
21	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE NOMBRAMIENTO	
22	NUMERO Y FECHA DE RESOLUCION DE NOMBRAMIENTO	



SUPERVISOR DE LA OFICINA DE DESARROLLO DE RECURSOS
HUMANOS E INVESTIGACION – DIRESA -HVCA

COORD. REGIONAL DE RESIDENCIAS Y ESPECIALIDADES
DIRESA-HVCA