Consejo Regional de Residentado Médico - Huancavelica
CORE REME

FASE 01

01

01

FLUJO DE AUTORIZACIÓN PARA POSTULAR A LA RESIDENCIA - ESPECIALIZACIÓN

(FASE 1)

INICIO

SOLICITUD DEL INTERESADO

"AUTORIZACIÓN DE DESTAQUE PARA POSTULAR A LA RESIDENCIA-ESPECIALIZACIÓN". A LA **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA** ABJUNTANDO LOS ANEXO 1,2 Y 3-FASE 1)-(PREVIA REVISIÓN Y VISTO BUENO DEL COORDINADOR RESIDENCIAS Y

DIRECCIÓN DE LA OFICINA EJECUTIVA DE RECURSOS HUMANOS

OFICINA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACIÓN

Consejo Regional de Residentado Médico - Huancavelica
CORE REME

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA PARA FIRMA (FORMATO 4A O 4B DE AUTORIZACIÓN DE UNIVERSIDAD)

COORDINACIÓN DE RESIDENCIAS Y ESPECIALIDADES A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA (VERIFICA Y ELEVA)

COORDINACIÓN DE RESIDENCIAS Y ESPECIALIDADES DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA FIRMA

ENTREGA DE FORMATO DE AUTORIZACIÓN AL PROFESIONAL INTERESADO

FIN DEL PROCEDIMIENTO

FASE Nº 01

REQUISITOS E IMPEDIMENTOS PARA LA POSTULACIÓN AL PROCESO DE ADMISIÓN DE RESIDENTADO MEDICO 2026

CONSIDERACIONES GENERALES:

a) Podrán postular al proceso de admisión de Residentado Médico, exclusivamente los profesionales de la salud nombrados comprendidos en el DL Nº 276, así mismo deberán encontrarse brindando sus servicios en un establecimiento de salud del Gobierno Regional de Huancavelica.
b) Se autoriza para postular en plazas cautivas a la especialidad y/o Sub Especialidad de prioridad del Gobierno Regional de Huancavelica.
c) Estar laborando en el establecimiento de nombramiento a la fecha de autorización o resolución de autorización de rotación.

IMPEDIMENTOS:

a) No podrán postular los profesionales que se encuentren contratados bajo modalidad D.L. Nº 276 por suplencia, reemplazo y/o temporal, 728 y DL Nº 1057 CAS.
b) Encontrarse en periodo de devolución por residentado o licencia por capacitación.
c) Tener impedimento legal o administrativo al momento de la postulación.
d) Otros impedimentos estipulados por el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), para el presente proceso.

REQUISITOS:

1) Solicitud de autorización dirigido al Director Regional de Salud Huancavelica (adjuntando los requisitos), con visto bueno de la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación – Coordinación Regional de Articulación de Docencia en Servicio en Salud –DIRESA Hvca, previo a la inscripción para la postulación al residentado.
2) Copia Fedateada Notarial de Resolución de Nombramiento.
3) Copia Fedateada de Habilitación profesional vigente.
4) No tener procesos administrativos, ni judiciales vigentes (Anexo Nº 01 declaración jurada)
5) Contar con autorización para postular por la **MODALIDAD CAUTIVA**, por el jefe inmediato y superior de los niveles que corresponda. Funcionario que autorizan dicha postulación deberán prever los recursos financieros para suplir al profesional de la salud que ingresa al residentado medico **(Autorización Anexo Nº 02)**
6) Compromiso notarial de postular a especialidad y o sub especialidad de **prioridad de la Región**. Adjudicar en el examen ordinario y en la adjudicación complementaria solo a las especialidades y/o sub especialidades priorizadas por la región **(Modelo Carta Notarial Anexo Nº 03).**
7) Contar con autorización de postulación y adjudicación por la modalidad cautiva de los gobiernos regionales y/o cautiva del pliego 011-MINSA-Sede Lima, **(Anexo Nº 06),** presentar formato establecido por el Consejo Nacional de Residentado Médico, anexado en las Disposiciones Complementarias para el proceso de admisión al residentado médico 2026. **SERA AUTORIZADO UNICAMENTE POR EL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA.**
8) Contar con autorización de postulación y adjudicación por la modalidad cautiva de los gobiernos regionales en las sedes de la región, **(Anexo Nº 07),** presentar formato establecido por el Consejo Nacional de Residentado Médico, anexado en las Disposiciones Complementarias para el proceso de admisión al residentado médico 2026. **Aplica para los que postulen a la plaza cautiva de la región. SERA AUTORIZADO UNICAMENTE POR EL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA.**

NOTA: Autorizaciones firmadas por otras autoridades no son válidas para la autorización al residentado.

"EN CASO NO CUMPLIR CON EL CORREPONDIENTE MARCO NORMATIVO, AUTOMATICAMENTE, SE PROCEDERA A LA NULIDAD DE POSTULACION AL CONCURSO NACIONAL DE ADMISIÓN AL RESIDENTADO MEDICO 2026"

Escaneado con CamScanner

ANEXO Nº 01

DECLARACION JURADA

YO;.....
identificado con DNI Nº....., con domicilio en .....de nacionalidad peruana, mayor de edad, de estado civil.....de profesión.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No tener procesos administrativos y/o inhabilitación administrativa o judicial vigente para el ejercicio de la profesión para contratar con el Estado o para desempeñar función pública, conforme al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido-RNSDD. En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito contra la fe pública-Título XIX del código Penal, acorde al Art Nº 32 de la Ley Nº 27444, Ley del procedimiento Administrativo General.

Huancavelica,..... de.....del 2026.

FIRMA Y HUELLA DIGITAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

ANEXO Nº 02

AUTORIZACIÓN DE POSTULACIÓN POR JEFE INMEDIATO Y SUPERIOR MODALIDAD CAUTIVA AL PROCESO DE RESIDENTADO MEDICO -2026

DATOS DEL POSTULANTE:

APELLIDOS:.....

NOMBRES:.....

COLEGIO PROFESIONAL Nº.....

DNI Nº.....

FECHA DE NOMBRAMIENTO: ..... TIEMPO DE NOMBRAMIENTO.....

IPRESS DE NOMBRAMIENTO:.....

ESPECIALIDAD AL QUE POSTULA:.....

IPRESS DE RETORNO:.....

MODALIDAD AL QUE POSTULA:.....

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DONDE LABORA ACTUALMENTE:

NOMBRE DEL IPRESS DONDE LABORA ACTUALMENTE: (P.S., C.S, RED,HOSPITAL, DIRESA)

.....

CATEGORIA DEL IPRESS:.....

MICRO RED AL QUE PERTENECE:.....

RED DE SALUD:.....

FIRMA Y SELLO DE VISTO BUENO: (Firma de acuerdo a la IPRESS que pertenece)

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL EE.SS (P.S. C.S) .....

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE LA MICRO RED .....

FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL .....

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE RRHH U.E. .....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE LA U.E. .....

HUANCAVELICA, DE DEL 2026

GOBIERNO REGIONAL DE
HUANCAVELICA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HUANCAVELICA
RESIDENTADO MEDICO 2026

DIRESA-HVCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA

ANEXO Nº 03

COMPROMISO NOTARIAL DE POSTULACIÓN A ESPECIALIDAD PRIORITARIA DE LA REGIÓN

YO,....., identificado con DNI Nº....., con domicilio fiscal..... en el Distrito ....., Provincia..... Departamento....., en mi condición de nombrado(a), profesión médico, actual trabajador del.....; en pleno uso de mis facultades y derechos:

GOBIERNO REGIONAL V° B° M.C. Wendy Pompilio Candiotti DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA HUANCAVELICA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HVCA V° B° Abog. Ciro G. Yanupaitan Peralta OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA OFICINA DE DESARROLLO

RESIDENCIAS ESPECIALIDADES

ME COMPROMETO ANTE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA:

A postular en el Proceso de Admisión- 2026 al residentado médico en la modalidad cautiva, especialidad....., y comprometiéndome retornar al termino de mi formación del residentado médico al Hospital y/o EE.SS....., categoría..... prioridad de la Región Huancavelica.

1. **Me comprometo a NO RENUNCIAR durante mi formación al Programa de Residentado, si hago abandono o renuncie a la plaza con posterioridad a la fecha de cierre del proceso, estará inhabilitado automáticamente para postular por el mismo periodo autorizado al residentado y devolver el monto integro 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 comprobado que impida cumplir con el programa de formación).**
2. **Me comprometo a retornar y NO RENUNCIAR, a mi plaza de nombramiento al culminar mi formación del Residentado Medico por el mismo tiempo que demando mi formación.**
3. **Me comprometo al cumplimiento del inciso 17.3 del artículo 17 de la ley 30453 "Culminando el Residentado Medico, el personal destacado por capacitación oficializada retornare obligatoriamente a mi región de origen para el desempeño de mis competencias profesionales y no puedo desplazarme a otra región por el tiempo equivalente a la duración del Residentado Medico"**
4. **En caso de incumplimiento hare devolución íntegra y en una sola parte el costo total, que demando mi formación en el Residentado Medico, el cual fue invertido por mi Unidad Ejecutora –DIRESA Huancavelica (Ley 30453).**
5. **Me comprometo a retornar y aplicar las competencias adquiridas en la mejora de mis funciones y a laborar en la IPRESS que corresponda mi especialidad, según cartera de servicio, si no cumplo con la Oficina de Recursos Humanos, registrar el incumplimiento del compromiso en mi legajo y devolver el monto íntegro del costo que demando mi formación de Residentado Medico (Ley 30453 y su reglamento).**
6. **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 devolver la totalidad de los gastos ocasionados y los haberes percibidos durante el destaque, sin perjuicio de otras acciones administrativas que correspondan. Así mismo, autorizo el descuento por planilla del monto invertido por el Estado, en caso mi situación final resulte DESAPROBADO, salvo que pueda demostrar documentaria la justificación que causo la desaprobación y comunicar y a la Oficina de Recursos Humanos, registrar el incumplimiento en mi legajo personal.**
7. **Me comprometo a cumplir con lo establecido en las disposiciones complementarias finales de la ley Nº 30453 "Los médicos de la modalidad cautiva y destaque deben de ejercerlas en la región de origen, en concordancia con las prioridades regionales y locales previamente establecidas. 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"**
8. **Me comprometo a Retornar y ejercer en los establecimientos de mayor complejidad con prioridades de cobertura a fin de cubrir la brecha de acuerdo al nivel de los establecimientos y brecha de recursos humanos.**
9. **Reintegrar el monto total del costo de la capacitación, en caso de ser eliminado, desaprobado, despedido, o si incumple las obligaciones que se señalan en estas normas vigentes.**
10. **El servidor no podrá hacer uso de nueva licencia o destaque por capacitación mientras no transcurra igual tiempo de duración de la presente licencia. En caso de licencia no oficializada mientras no transcurra igual tiempo a la capacitación recibida.**
11. **Lo que no se contemple en el presente compromiso será regido de acuerdo a la ley de Residentado Medico Ley Nº 30453.**

HUANCAVELICA, DE DEL 2026

_____

FIRMA Y HUELLA DIGITAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI: