



## SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2023

#### FICHA DE RECEPCION DOCUMENTOS

Apellidos y Nombres: .....

Especialidad: .....

Documentos de Identidad ..... N° teléfono y/o celular.....

Domicilio:.....

DOCUMENTOS PRESENTADOS	SI	NO
1. Carta Poder original para aquellos que se inscriben a través de un representante legal: ésta debe contar con firma legalizada del poderdante ante Notario Público.		
2. <b>Constancia de Registro realizado en la página Web del CONAREME.</b>		
3. <b>Solicitud de postulación</b> dirigida a la Directora de la Sección de Postgrado		
4. <b>Título autenticada por la Secretaria General de la Universidad de origen</b> - Escaneado		
5. Documento impreso de la Constancia de Inscripción en el registro nacional de grados académicos y títulos. ( <a href="http://www.sunedu.gob.pe">www.sunedu.gob.pe</a> )		
6. Los médicos titulados en el extranjero deberán presentar copia legalizada por notario público del Título de Médico Cirujano, revalidado por la ANR o SUNEDU.		
7. <b>Constancia original de registro y habilidad profesional</b> expedida por el Colegio Médico del Perú.		
8. <b>Constancia Original del Promedio Promocional Ponderado, INCLUYENDO NOTAS DEL INTERNADO, expedida por la Universidad de origen. Para el caso de postulantes que se encuentren en el quinto superior, acreditar que el postulante pertenece al quinto superior en pre grado de Medicina, incluyendo la calificación de internado.</b>		
9. <b>Resolución de término del SECIGRA</b> (terminaron después del 29 de abril de 1975) <b>o SERUMS</b> a partir de diciembre de 1981. ( <b>Original o Copia fedateada por la Dirección Regional de Salud correspondiente</b> ).		
10. <b>Constancia original de trabajo como médico cirujano, en el caso de tener dos o más años en el primer nivel de atención de un establecimiento de salud del sector público</b> , emitida por la autoridad correspondiente; no incluye el SERUMS.		
11. <b>Certificado médico de salud física</b> , expedido por el establecimiento público del sector salud. ( Antigüedad de expedición no mayor de 3 meses a la fecha de presentación)		

12. <b>Constancia de la Nota ENAM (original) emitido por ASPEFAM, graduados a partir del año 2009.</b>		
13. <b>Declaración jurada con firma legalizada ante Notario Público (formato de Anexo 8 que incluye la carpeta de inscripción)</b>		
14. <b>Dos (2) fotografías tamaño carne, de frente a color fondo blanco, con terno, corbata (varones) y sastre (mujeres).</b>		
15. <b>Fotocopia DNI legalizado notarialmente</b>		
16. <b>En caso de tener vínculo laboral y contractual con una Institución Pública, deberá presentar declaración jurada notarial, en la cual señale el compromiso de renuncia irrevocable al cargo que venía ejerciendo.</b>		
17. <b>Certificado original del Idioma Inglés, expedido por una institución académica universitaria, con una antigüedad no mayor a tres años. Lo presentaran los postulantes que hubieran adjudicado una vacante ofertada, al momento de la matrícula en la institución universitaria</b>		
18. <b>Constancia de pago de derechos de examen de la Universidad César Vallejo.</b>		
19. <b>ANEXOS SEGÚN LA MODALIDAD A LA QUE POSTULA : ANEXO N°</b>		

Trujillo,..... de.....de 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante  
DNI:



## SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### UNIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO

### PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2023

#### FICHA DE INSCRIPCION

La presente debe ser llenada con letra imprenta, legible, usando minúsculas, mayúsculas y con las tildes que tengan lugar.

- **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_
- **NOMBRES:** \_\_\_\_\_
- **ESPECIALIDAD A LA QUE POSTULA :** \_\_\_\_\_
- **MODALIDAD :** \_\_\_\_\_ **N° CÓDIGO:** \_\_\_\_\_
- **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_
- **N° DNI:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_
- **DOMICILIO :** \_\_\_\_\_
- **DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA:** \_\_\_\_\_ **DISTRITO:** \_\_\_\_\_
- **TELÉFONO FIJO:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_ **RPM o RPC:** \_\_\_\_\_
- **EMAIL:** \_\_\_\_\_

Dejo constancia de que mis datos son los correctos y conforme están escritos, los mismos que deben ser utilizados en caso se requiera hacerme llegar información importante.

Trujillo, \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Postulante



**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO**  
**PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2023**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA EL RESIDENTADO MÉDICO**

**ESPECIALIDAD DE.....**

**MODALIDAD.....**

**Sra. Directora de la Escuela de Post Grado de la Facultad de Ciencias Médicas:**

\_\_\_\_\_

**Apellidos**

**Nombre(s) del Postulante:**

\_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**N° Colegio Médico:** \_\_\_\_\_

Que siendo Médico colegiado, me encuentro apto (a) para postular a la Especialidad de ..... de la Sección de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, por lo que solicito se me conceda el derecho de inscripción para rendir el examen y en caso de ser ingresante al Residentado medico 20\_\_\_, adjudicar la plaza en la Sede Docente que corresponda.

Para lo cual adjunto los requisitos exigidos en la Carpeta de Admisión.

Trujillo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Postulante**

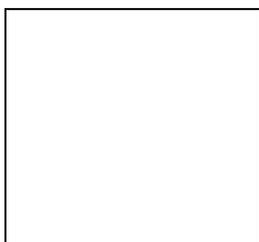


**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO**  
**PROCESO DE ADMISIÓN RESIDENTADO MÉDICO 2023**

**COMPROMISO DE HONOR**

Yo, ....., identificado con D.N.I. N°....., médico cirujano con inscripción en el Colegio Médico del Perú N° ....., asumo la responsabilidad de los pagos (matrículas y pensiones) que corresponden a los estudios de la Residencia Médica en la especialidad de ..... y entiendo que los mismos no están sujetos a descuentos, ni exoneraciones de pago.

Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_



\_\_\_\_\_

**Firma del Postulante**

**DNI:**

## ANEXO 3B

### Autorización de postulación y adjudicación por modalidad cautiva de los Gobiernos Regionales en sus Regiones

El funcionario que suscribe .....  
(Nombres y Apellidos completos)

Director Regional o Gerente Regional de Salud de..... (Gobierno Regional).

Conforme a la normativa legal vigente que rige la administración pública y el Sistema Nacional de Residentado Médico, autoriza al médico cirujano: ..... CMP..... y DNI..... a presentarse al Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2019; a la siguiente especialidad autorizada.....

Esta autorización se enmarca en lo siguiente:

La postulación y adjudicación se realizará por especialidad/subespecialidad de acuerdo con lo programado por la Dirección/Gerencia Regional de Salud; y, **solo en el caso de no haber disponibilidad de vacante para su especialidad/subespecialidad, podrá adjudicar una vacante del Proceso de Adjudicación Complementaria Nacional señalada en los numerales 6.6 y 6.7, del artículo 6° de las Disposiciones Complementarias del Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2019.**

**El postulante al adquirir la condición de médico residente deberá cumplir con las normas del Sistema Nacional de Residentado Médico, las condiciones académicas y requisitos de la formación de la segunda especialización conforme a las exigencias de la Universidad y de la sede docente y, aquellas constituidas en la Ley N° 30453 y su Reglamento el Decreto Supremo 007-2017-SA:**

Son obligaciones académico - asistenciales en la docencia en servicio:

- 1) Cumplir el número de horas semanales de las actividades académico – asistenciales, que no podrán ser menor a sesenta (60) horas, de acuerdo con su programa de formación.
- 2) Cumplir con el Plan Curricular, los Estándares de Formación, incluyendo la actividad asistencial requerida para la adquisición de las competencias, con la supervisión del Comité de Sede Docente y los docentes de la institución formadora universitaria responsables de la tutoría.
- 3) La guardia es remunerada, no debe exceder de doce (12) horas continuas. El número de guardias no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de diez (10) al mes. La programación de guardias y su número dependerá del requerimiento del programa de formación, de la capacidad presupuestal de la institución que financia la vacante y de la normativa vigente. La guardia se desarrolla en servicios de emergencia, unidades críticas, hospitalización o similares.
- 4) El médico residente programado en guardia nocturna tiene derecho al descanso pos-guardia, a partir de las 13:00 horas del día siguiente. al día siguiente de realizada la guardia nocturna, el residente no puede tener actividades que requieran estado de alerta máxima.
- 5) El médico residente tiene derecho a veinticuatro (24) horas de descanso continuo a la semana, según programación.
- 6) Una vez elegida la modalidad de postulación, según el cuadro de oferta de vacantes aprobado, el médico residente no puede ser cambiado en ningún caso, la elección de esta modalidad es de completa responsabilidad del médico residente una vez elegida la vacante. no está permitido el cambio de especialidad, modalidad, ni sede docente

Asimismo, cumplir con lo establecido en la Ley del SINAREME N° 30453 que señala que los médicos residentes que pertenezcan a instituciones públicas, en condición de nombrados, pueden acogerse a la modalidad de destaque durante el período requerido para su formación y al finalizar el Residentado Médico retornarán a su sede de origen, debiendo permanecer en ésta obligatoriamente por un tiempo similar al de su formación de especialista.

La institución que represento asume el compromiso de pagar la remuneración al médico que adquiera la condición de residente, por el tiempo requerido por el programa de formación, conforme lo establece el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico y las Disposiciones Complementarias.

Lima, de del 2023

.....  
Firma y Sello del Funcionario(a)  
que suscribe

.....  
Firma del Postulante  
DNI N°

**El correcto llenado de este documento es de entera responsabilidad de la Institución que autoriza, el mismo que tiene la validez de una Declaración Jurada bajo los alcances del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. Deberá contar con el visto bueno del Jefe inmediato del postulante.**

[Fecha]

## ANEXO 8

### DECLARACIÓN JURADA

(Debe ser presentado con firma legalizada notarialmente ante el Equipo de Trabajo de la Universidad a la que postula)

Yo, ....., identificado con D.N.I. N° ..... con domicilio real en .....Provincia de.....Departamento de .....Región....., médico cirujano con Colegio Médico del Perú N° ....., DECLARO EN HONOR A LA VERDAD lo siguiente:

1°.- Tener pleno conocimiento de la normativa vigente y de las limitaciones de cada una de las modalidades de postulación y adjudicación de vacantes al momento de la inscripción respecto a lo establecido en el marco legal del Sistema Nacional de Residentado Médico Ley N° 30453 su Reglamento el Decreto Supremo N° 007-2017-SA y las Disposiciones Complementarias, asumiendo las responsabilidades establecidas.

2°.- Luego de ingresar mediante el Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2018 al Programa de Formación de Segunda Especialización, asumo la responsabilidad de cumplir con las normas del Sistema Nacional de Residentado Médico, la Universidad a la que ingreso y la sede docente donde realizaré mis estudios.

3°.- Conocer y cumplir con las obligaciones y responsabilidades establecidas en el artículo 18° de la Ley N° 30453 y el 36° del Reglamento de la Ley N° 30453 el Decreto Supremo N° 007-2017-SA. y de aquellas que se desprenden de su condición de médico residente.

4°.- Tener pleno conocimiento de los Impedimentos y sanciones:

a) Sobre los impedimentos y sanciones establecidas en el artículo 20° de la Ley N° 30453 y el artículo 51 y 52 ° del Reglamento de la Ley N° 30453 Decreto Supremo N° 007-2017-SA.

b) En caso de abandono o renuncia injustificada de vacante del Residentado Médico, asumo la responsabilidad pecuniaria de devolver a la entidad prestadora el íntegro del costo que significó la realización del programa de Formación en Segunda Especialización - Residentado Médico, así como de otros beneficios a los cuales hubiera accedido en razón del referido Residentado, todo ello en valores actualizados a la fecha de pago. Asimismo, me comprometo a resarcir a la entidad formadora las tasas académicas dejadas de percibir.

c) El resarcimiento de los daños y perjuicios causados, por el abandono anticipado del Programa de Residentado 2018, se realizará de acuerdo a lo establecido por los artículos 1969° y 1985° y demás pertinentes del Código Civil Peruano.

**d) Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe adulteración, falsedad o inexactitud alguna de los consignados en la presente declaración jurada o de cualquier documento o información presentada en mi participación en el presente Concurso Nacional de Admisión al Residentado Médico 2023, bajo los alcances del Decreto Supremo N° 006-2017-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.**

Suscribo la presente ante Notario Público, como señal de conformidad, veracidad y cumplimiento, con pleno uso de mis facultades y de acuerdo con los alcances del principio de Autonomía de la Voluntad, establecido por el Código Civil vigente.

Lima,.....de.....del 2023

.....  
Nombres y Apellidos  
D.N.I:  
CMP