



PERÚ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud



CONVENIO DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES

Conste por el presente documento que se firma por triplicado, el Convenio de Práctica Preprofesional, celebrado de conformidad con el artículo 12° y siguientes de la Ley N° 28518, Ley sobre Modalidades Formativas Laborales, y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 007-2005-TR, que se celebra entre **LA RED PRESTACIONAL REBAGLIATI – ESSALUD**, con RUC. N° 20131257750, señalando domicilio en Av. Edgardo Rebagliati 490 distrito de Jesús María - Lima, debidamente representado por el Gerente Encargado de la Red Prestacional Rebagliati, Doctor **JOSE PORFIRIO BEJARANO PRADO**, identificado con DNI. N° 29472416, y por Licenciado **GIOVANNI GIORGIO CAVAGNARO CASTRO**, identificado con DNI N° 10819513 en su calidad de Jefe Encargado de la Oficina de Administración de la Red Prestacional Rebagliati a quienes se les denominará **LA EMPRESA**; **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO**, en adelante se les denominará **EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL** y **PEDRO DAVID CHAMBI YUPA EL INTERNO DE MEDICINA**, en adelante se le denominará **EL PRACTICANTE** identificados en este documento, de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES GENERALES:

A.- LA EMPRESA

Razón Social: **Red Prestacional Rebagliati**
RUC: **20131257750**
Domicilio: **Av. Edgardo Rebagliati N° 490 Jesús María**
Actividad Económica: **Prestaciones de Salud**
Representante: **DR. JOSE PORFIRIO BEJARANO PRADO**
Doc. de Identidad del representante: **29472416**

B.- EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Razón Social: **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO**
RUC: **20145496170**
Domicilio: **Av. El Sol N° 329 - PUNO**
Representante: **DR. PAULINO MACHACA ARI**
Doc. de Identidad del representante: **01558171**

C.- EL PRACTICANTE

Nombre: **PEDRO DAVID CHAMBI YUPA**
Doc. de Identidad: **75280044**
Nacionalidad: **PERUANA**
Fecha de Nacimiento: **10 DE FEBRERO DE 2000**
Sexo: **MASCULINO**
Domicilio: **URB. NATIVIDAD MZ D LT.1**
Situación del Practicante: **ESTUDIANTE DEL XII CICLO DE MEDICINA**
Centro de Formación: **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO**
Profesional que lo presenta: **MEDICINA**
Especialidad: **INTERNO DE MEDICINA**
Ocupación materia de la capacitación: **INTERNO DE MEDICINA**

D.- CONDICIONES DEL CONVENIO

Plazo de duración: **12 meses, desde el 01/01/2024 hasta el 31/12/2024**
Días de las prácticas: **Lunes a Viernes o sábado**

Jornada Formativa (Horario):

Conforme a lo programado por el servicio asistencial correspondiente, incluye turnos rotativos, en armonía a las disposiciones legales vigentes, Decreto Supremo N° 003-2008-TR Ley 28518 – Ley sobre Modalidades Formativas Laborales

Horario de Jornada rotativa: **8 a.m. a 2 p.m. ó 2 p.m. a 8 p.m.**
Jornada diaria: **06 horas diarias**
Subvención Económica: **S/ 1272.00**

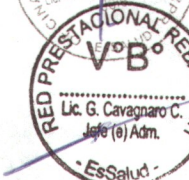
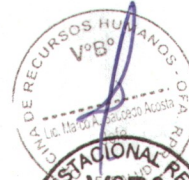
Área donde se realiza las Prácticas: **Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Red Prestacional Rebagliati**

CLÁUSULAS DEL CONVENIO:

PRIMERO: EL /LA INTERNO(A) manifiesta su interés y necesidad de efectuar su Práctica Pre Profesional, durante su condición de estudiante, para aplicar sus conocimientos, habilidades y aptitudes, mediante el desempeño en una



Guerrero





situación real de trabajo. Por su parte, LA EMPRESA acepta colaborar, tanto con el indicado CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL como con EL /LA INTERNO(A) en su tarea formativa.

SEGUNDO: EL /LA INTERNO(A) desempeñará las actividades formativas de **INTERNADO DE MEDICINA** en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Red Prestacional Rebagliati

TERCERO: Para efectos del presente convenio LA EMPRESA, se obliga a:

- 1) Brindar orientación y capacitación técnica y profesional a **EL /LA INTERNO(A)**, dentro de su área de formación académica, así como evaluar sus prácticas.
- 2) Designar a un supervisor para impartir la orientación correspondiente a **EL /LA INTERNO(A)** y para verificar el desarrollo y cumplimiento del Plan de Específico de Aprendizaje.
- 3) Emitir los informes que requiera el CENTRO DE FORMACION PROFESIONAL, en relación con las actividades de **EL /LA INTERNO(A)**
- 4) No cobrar suma alguna por la Formación otorgada.
- 5) Pagar puntualmente **EL /LA INTERNO(A)** una subvención mensual convenida.
- 6) Otorgar **EL /LA INTERNO(A)** una subvención adicional equivalente a media subvención económica mensual cada seis meses de duración continua de las prácticas.
- 7) Otorgar un descanso de quince (15) días debidamente subvencionados cuando la duración de las prácticas sea superior a doce (12) meses, teniendo en cuenta la acumulación de los periodos intermitentes que hubiera realizado **EL /LA INTERNO(A)**.
- 8) Cubrir los riesgos de enfermedad y accidentes de **EL /LA INTERNO(A)**, a través de EsSalud o de un seguro privado con una cobertura equivalente a catorce (14) subvenciones mensuales en caso de enfermedad y treinta (30) por accidente.
- 9) Expedir la certificación de Prácticas Preprofesionales correspondiente.

CUARTO: Para efectos del presente convenio **EL /LA INTERNO(A)**, se obliga a:

- 1) Suscribir un convenio de Práctica con LA EMPRESA acatando las disposiciones formativas que se le asignen.
- 2) Desarrollar sus Prácticas Pre Profesionales con disciplina y responsabilidad.
- 3) Cumplir con el desarrollo del Plan Específico de Aprendizaje que aplique LA EMPRESA.
- 4) Sujetarse a las disposiciones administrativas internas que le señale LA EMPRESA.

QUINTO: Son obligaciones del CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL:

- 1) Planificar y desarrollar los programas formativos que respondan a las necesidades del mercado laboral con participación del sector productivo.
- 2) Dirigir y conducir las actividades de formación de **EL /LA INTERNO(A)** en coordinación con LA EMPRESA.
- 3) Supervisar, evaluar y certificar las actividades formativas.
- 4) Coordinar con la empresa el mecanismo de monitoreo y supervisión de las actividades que desarrolla el practicante.

SEXTO: LA EMPRESA ha contratado EL SEGURO INDEPENDIENTE AFILIACION INDIVIDUAL - ESSALUD para cubrir los riesgos de enfermedad y accidentes de **EL /LA INTERNO(A)**

SEPTIMO: LA EMPRESA concederá a **EL /LA INTERNO(A)** una subvención económica mensual de S/.1272.00..(no menor a 1 Remuneración Mínima Vital). De conformidad con el artículo 47° de la Ley N° 28518, esta subvención económica mensual no tiene carácter remunerativo y no está afecta al pago del Impuesto a la Renta, otros impuestos, contribuciones ni aportaciones de ningún tipo a cargo de LA EMPRESA

La subvención económica mensual no está sujeta a ningún tipo de retención a cargo de **EL /LA INTERNO(A)** salvo afiliación facultativa por parte de éste a un sistema pensionario.

OCTAVO: Las partes acuerdan la aplicación de las causas de modificación, suspensión y terminación del convenio, que se detallan a continuación:

Son causas de modificación del convenio:



Quirub





PERÚ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud EsSalud



- a) El cambio de horario de clases de **EL /LA INTERNO(A)** que dificulte el cumplimiento de las horas semanales de capacitación.
- b) Por acuerdo entre **EL /LA INTERNO(A)**, LA EMPRESA, EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL, EL PADRE O TUTOR (interviene el padre o tutor solo en caso de ser el practicante menor de edad).

Son causas de suspensión del convenio:

- a) La enfermedad y el accidente comprobados, sin perjuicio de lo establecido.
- b) Por descanso físico subvencionado en caso que el convenio se prorrogue a un plazo mayor de doce meses.
- c) El permiso concedido por la empresa.
- d) La sanción disciplinaria.
- e) El caso fortuito o fuerza mayor.

Son causas de terminación del convenio:

- a) El cumplimiento del plazo estipulado en la letra D, Condiciones del Convenio, de las Condiciones Generales.
- b) El mutuo disenso entre **EL /LA INTERNO(A)** y LA EMPRESA.
- c) El fallecimiento de **EL /LA INTERNO(A)**.
- d) La invalidez absoluta permanente.
- e) No guardar reserva de toda la información y/o documentación que **EL /LA INTERNO(A)** conozca durante el desarrollo de la práctica.
- f) El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones por parte de **EL /LA INTERNO(A)** y específicamente las contempladas en la cláusula cuarta del presente convenio.
- g) El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones por parte del CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL, específicamente las contempladas en la cláusula quinta del presente convenio.
- h) Por renuncia o retiro voluntario por parte de **EL /LA INTERNO(A)** , mediante aviso a LA EMPRESA con antelación de diez (10) días hábiles.

NOVENO: **EL /LA INTERNO(A)** declara conocer la naturaleza del presente convenio, el cual no tiene carácter laboral, de tal modo que sólo genera para las partes, los derechos y obligaciones específicamente previsto en el mismo y en el texto de la Ley N° 28518 y el Decreto Supremo N° 007-2005-TR.

DÉCIMO: Para todos los efectos relacionados con el presente convenio, las partes señalan como su domicilio el que aparece consignado en la parte introductoria de éste, los cuales se tendrán por válidos en tanto la variación no haya sido comunicada por escrito a la otra parte.

Las partes, después de leído el presente convenio, se ratifican en su contenido y lo suscriben en señal de conformidad en cuatro ejemplares; el primero para LA EMPRESA, el segundo para **EL /LA INTERNO(A)** , el tercero para EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL, y el cuarto será puesto en conocimiento registrado ante la Autoridad Administrativa de Trabajo dentro de los quince (15) días naturales de la suscripción; de lo que damos fe.

Suscrito en la ciudad de Lima, 01 de Enero del 2024

EsSalud
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

DR. JOSÉ PORFIRIO BELARMINO PRADO
GERENTE (e)
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI



DR. PAULINO MACHACA ARI
RECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

LIC. GIOVANNI GIORGIO CAVAGNARO CASTRO
ADMINISTRADOR (e)
RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

PEDRO DAVID CHAMBI YUPA
INTERNO(A) DE MEDICINA