



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del EmpleoSeguro 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 de la Red Prestacional Rebagliati, Doctor **FRANCISCO LEOVIGILDO ZAMBRANO REYNA**, identificado con DNI. N° 07220635, y por Licenciado **GIOVANNI GIORGIO CAVAGNARO CASTRO** identificado con DNI N° 10819513 en su calidad de Jefe de la Oficina de Administración de la Red Prestacional Rebagliati a quienes en adelante se les denominará **LA EMPRESA, LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS, EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL y JHEYSON RODOLFO VARGAS LOZANO EL/LA INTERNO(A) DE MEDICINA**, 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. FRANCISCO LEOVIGILDO ZAMBRANO REYNA**  
Doc. de Identidad del representante: **07220635**

#### B.- EL CENTRO DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Razón Social: **UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**  
RUC: **20479393568**  
Domicilio: **CALLE HIGOS URCO N° 342-350-356 (CALLE UNIVERSITARIA N° 304**  
Representante: **PH.D. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA**  
Doc. de Identidad del representante: **33429798**

#### C.- EL PRACTICANTE

Nombre: **JHEYSON RODOLFO VARGAS LOZANO**  
Doc. de Identidad: **47077392**  
Nacionalidad: **PERUANO**  
Fecha de Nacimiento: **01 DE ENERO DE 1991**  
Sexo: **M**  
Domicilio: **JR. ALTO PERÚ N° 271 LÁMUD**  
Situación del Practicante: **ESTUDIANTE DEL XII CICLO DE MEDICINA HUMANA**  
Centro de Formación: **UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**  
Profesional que lo presenta: **MEDICINA HUMANA**  
Especialidad: **INTERNO(A) DE MEDICINA**

#### D.- CONDICIONES DEL CONVENIO

Plazo de duración: **12 meses, desde el 01/01/2025 hasta el 31/12/2025**

#### 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

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud  
EsSalud

Jornada laboral: **06 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales  
Incluyendo guardias nocturnas**

Subvención Económica: **S/ 1,400.00**

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 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 períodos 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.



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud  
EsSalud

- 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/.1,400.00 (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:

- 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.

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000

Dr. E. ZAMBRANO R.  
GERENTE  
CNP: 16820 RNE: 7419  
www.essalud.gob.pe



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio  
de Trabajo  
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud  
EsSalud

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 2025

DR. FRANCISCO LEOVIGILDO ZAMBRANO REYNA

GERENTE

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

EsSalud

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

Dr. FRANCISCO L. ZAMBRANO REYNA  
C.M.P. 16920 R.N.E. 7419

GERENTE

R. FLORES K. JEFÉ

R.P.R.



PH.D. JORGE LUIS MAICEL QUINTANA

RECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA DE AMAZONAS

LIC. GIOVANNI GIORGIO CAVAGNARO CASTRO

ADMINISTRADOR

RED PRESTACIONAL REBAGLIATI

V.B° OFICINA DE ASISTENCIA JURÍDICA

V.B°

UNIDAD ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

V.B°

OFICINA DE RECURSOS HUMANOS - DIFERENCIAS

V.B°

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS - DIFERENCIAS

V.B°

</div