



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CARTA N° 000068-GDP-GCGP-ESSALUD-2025

Lima, 23 de Septiembre del 2025

Doctor

JAIME ENERIQUE LAMA VALDIVIA

Decana de la Facultad de Medicina Humana

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Av. Benavides 5440 - Santiago de Surco, Perú

Correo: dec.medicina@urp.edu.pe / cecilia.salinas@urp.edu.pe

/ivan.hernandez@urp.edu.pe

Presente.-

Asunto : Convocatoria al Proceso de Selección de Internado Médico 2026 y solicitud de datos de acreditación de Observador para el día del examen de conocimientos

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que la prueba de conocimientos del Proceso de Selección de Internado Médico 2026 en el Seguro Social de Salud, se llevará a cabo el **día domingo 9 de noviembre de 2025**.

Conforme a lo señalado, en el párrafo precedente se le indica que en las cajas de tesorería de las Redes Asistenciales y/ Prestacionales de nuestra Institución a nivel nacional, podrán realizarse el pago por derecho de inscripción al Internado Médico 2026, del 23 de setiembre al 10 de octubre de 2025, tal como se indica en la página web de ESSALUD:

<https://www.gob.pe/institucion/essalud/campa%C3%B1as/78100>

Asimismo, se solicita tener en cuenta lo siguiente:

1. Sobre el Formato Base de Datos del Postulante:

El formato Base de Datos del Postulante – IM-2026, deberá ser solicitado por la persona de contacto acreditada ante ESSALUD al correo: internado.medico@essalud.gob.pe, siendo el plazo de entrega del referido formato desde el martes 14 al viernes 24 de octubre 2025 (éste último día hasta las 11:00 a.m.), debiendo ser remitido en formato Excel y PDF por conducto regular (mesa de partes virtual) y a la misma dirección de correo electrónica precitada.

Para el correcto llenado debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- En el formato base de datos del postulante, deberán ingresar los datos de los postulantes, adicionalmente indicar si el postulante es trabajador de ESSALUD y en que Red Prestacional/Asistencial labora.
- La información proporcionada de los postulantes, deberá ser remitida al email internado.medico@essalud.gob.pe y por conducto regular, información que debe estar debidamente validada con V°B° y firma del Decano o Director de la Facultad o Escuela (según sea el caso), cuya confirmación de recepción se realizará a los teléfonos 265-6000 / 265-7000 al anexo 1157 o al celular: 993087596



Firmado digitalmente por
SALAZAR MONTENEGRO Natividad
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 23.09.2025 12:40:52-0500



Firmado digitalmente por
CAMAPAZA QUISPE Mirella
Shirley FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 23.09.2025 12:32:41-0500

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando siguiente clave: V8EF1HQ.



**2. Sobre los Datos del Observador:**

La Facultad que usted dirige deberá remitir los datos de contacto de la persona o representante que asistirá a la prueba de conocimientos en calidad de observador el día del examen, de acuerdo al siguiente cuadro:

N°	Universidad	Nombres y Apellidos Paterno y Materno	Sede de Examen donde será Observador	Dirección	Correo	Celular

Los datos solicitados deberán ser remitidos **a más tardar hasta el día viernes 24 de octubre del 2025**, al correo electrónico internado.medico@essalud.gob.pe.

3. Sobre la Carta de Compromiso:

La Carta de Compromiso que se adjunta, debe estar debidamente suscrita por el Decano o Director de la facultad o escuela (según sea el caso) y ser remitida de manera conjunta con los datos del observador por conducto regular **a más tardar hasta el día viernes 24 de octubre de 2025**.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

Firmado digitalmente por
JORGE ENRIQUE AMOROS CASTAÑEDA
Gerente de Desarrollo Personal
ESSALUD

JEAC/mscq/nsm
Se adjunta Carta de Compromiso
c.c. GCGP

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: V8EF1HQ.

CARTA DE COMPROMISO POR LOS INTERNOS ADJUDICADOS DE MEDICINA 2026
EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

Conste por el presente documento que suscribe la Facultad/ Escuela de
de la Universidad

_____ ,
debidamente representada por su

Decano / Director _____ ,

identificado con DNI N° _____ , con domicilio legal en

_____ , en el distrito de _____ , Provincia

_____ y Departamento de _____ , a quien en adelante se denominará LA

FACULTAD/ ESCUELA, quien declara y se compromete con lo siguiente:

PRIMERO: Participar de manera voluntaria en el Proceso de Internado Médico 2025 en el Seguro Social de Salud.

SEGUNDO: A leer y cumplir a cabalidad con el Reglamento del Internado Médico de EsSalud y los requisitos vigentes.

TERCERO: Coordinar y realizar las gestiones pertinentes para la regularización de la suscripción del Convenio Específico y Plan de Trabajo según correspondan, una vez adjudiquen la/las vacante/s los alumnos de esta Facultad/Escuela con cada una de las Redes Prestacionales/Asistenciales, teniendo un plazo máximo de 15 días hábiles de adjudicada la vacante para la respectiva regularización, caso contrario, EsSalud a través de sus Redes Prestacionales/Asistenciales según corresponda, suspenderán el ingreso de los alumnos de Pregrado a las IPRESS, hasta la debida regularización.

Suscribo la presente Carta de Compromiso, en señal de conformidad, en la ciudad de _____ , a los _____ días del mes de _____ de 2025.

FIRMA

Nombres y Apellidos:

DNI: