



# UNAP

## Rectorado

### Resolución Rectoral N° 0563-2023-UNAP

Iquitos, 26 de mayo de 2023

#### CONSIDERANDO:

Que, el 1 de febrero de 2023, se suscribió el Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial entre el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García", representado por su director ejecutivo don Juan Carlo Ruiz Rios, la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP), representada por su rector don Rodil Tello Espinoza y la Facultad de Odontología, representada por su decano don Rafael Fernando Sologuren Anchante;

Que, la suscripción del presente Convenio Específico de Cooperación tiene como objetivo establecer los acuerdos para desarrollar actividades de formación durante el internado (carrera profesional de: Odontología), mediante acciones de docencia-servicio e investigación a ser realizadas por los estudiantes de la facultad en el Hospital Apoyo Iquitos, y que incluye a los trabajadores de los establecimientos de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, fortalecer la formación de los estudiantes y el desempeño de los trabajadores, docentes e investigadores, sustentado en el respeto pleno a sus derechos;

Que, la suscripción del presente Convenio Específico de Cooperación es favorable para ambas partes y su ejecución redundará en beneficio de la comunidad universitaria, por lo que es conveniente su aprobación;

Que, la autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, sólo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o interés de buena fe legalmente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción. También tiene eficacia anticipada la declaratoria de nulidad y los actos que se dicten en enmienda;

Estando al acuerdo del Consejo Universitario, en la sesión ordinaria del 25 de octubre de 2021, contenida en la Resolución del Consejo Universitario N° 154-2021-CU-UNAP, de 26 de octubre de 2021, que otorga, con eficacia anticipada al 01 de octubre de 2021, al rector en su condición de presidente del Consejo Universitario la facultad de suscribir convenios con universidades nacionales, extranjeras, organismos gubernamentales, internacionales u otros sobre investigación científica y tecnológica, así como otros asuntos relacionados con las actividades de la universidad;

De conformidad con el numeral 17.1) y 17.2) del artículo 17° de la Ley N° 24777, Ley de Procedimiento Administrativo General;

De conformidad con el literal m) del artículo 108° del Estatuto de la UNAP; y,

En uso de las atribuciones que confieren la Ley N° 30220 y el Estatuto de la UNAP, aprobado con Resolución de Asamblea Universitaria N° 003-2021-AU-UNAP y su modificatoria aprobado con Resolución de Asamblea Universitaria N° 004-2021-AU-UNAP;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar con eficacia anticipada al 1 de febrero de 2023, la suscripción del Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial entre el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" y la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP), a través de la Facultad de Odontología, en mérito a los considerandos expuestos en la presente resolución rectoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Precisar que el presente convenio, que consta de diez (10) cláusulas y el Plan de Trabajo, forman parte integrante de la presente resolución rectoral.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Rodil Tello Espinoza  
RECTOR



Kadhir Benzaquen-Tuesta  
SECRETARIO GENERAL



## CONVENIO ESPECÍFICO DE COOPERACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL ENTRE EL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" Y LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

Conste por el presente documento, el Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial que celebran de una parte el **HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"**, con RUC N° 20408453560, representado por el Director Ejecutivo, el señor **JUAN CARLO RUIZ RIOS**, identificado con DNI N° 05226969, designado en el cargo de confianza de Director Ejecutivo, según **Resolución Ejecutiva Regional N° 084-2023-GRL-GR, de fecha 02 de enero del 2023**, con domicilio legal en Av. Abelardo Quiñones km 1.4, distrito de Iquitos, provincia de Maynas, departamento de Loreto, en adelante el **HOSPITAL APOYO IQUITOS**; y la **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**, representada por el Decano, el señor **RAFAEL FERNANDO SOLOGUREN ANCHANTE**, identificado con DNI N° 21522076, encargado mediante Resolución de Asamblea Universitaria N° 007-2022-UNAP, de fecha 28/10/2022, y facultado a suscribir convenio en virtud a lo previsto la Resolución del consejo Universitario N° 154-2021-CU-UNAP, con la participación del Rector, señor **RODIL TELLO ESPINOZA**, identificado con DNI N° 06444169, con otorgamiento de poder según Partida Electrónica N°11105106, con domicilio legal en la calle San Marcos N° 185, del distrito de San Juan Bautista, de la provincia Maynas y del departamento de Loreto, en adelante la **FACULTAD**, en los términos y condiciones de las cláusulas siguientes:

### CLÁUSULA PRIMERA: LAS PARTES

El **HOSPITAL APOYO IQUITOS**, como organismo desconcertado del Gobierno Regional de Loreto con dependencia Técnico-normativa del Ministerio de Salud; es una persona jurídica de derecho público, con autonomía económica y administrativa en asuntos de su competencia, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y el desarrollo de su entorno saludable, con el pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.

La **FACULTAD**, fue creada mediante Resolución Rectoral N° 1175-98-UNAP como Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, que tiene como propósito formar cirujanos dentistas competitivos con una sólida preparación académica, científica, tecnológica, humanística y ética. El objetivo es el de promocionar la salud bucal, prevención, recuperación y rehabilitación del paciente que padece enfermedades del Sistema Estomatognático.

### CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

La Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, cuenta con Licencia Institucional otorgada por la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), por (ocho) (08) años computados a partir del (31/01/2019), según Resolución del Consejo Directivo N°012-2019-SUNEDU/CD.

La Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, el 24/08/2022 suscribió el Convenio N°093-2022-MINSA, Convenio Marco de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio de Salud, Gobierno Regional de Loreto y la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, por cuatro (4) años, el cual vence el 24/08/2026.

Mediante Acuerdo N° 002-2023-COREPRES el Comité Regional de Pregrado de Salud, resolvió otorgar opinión favorable al Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial que celebran de una parte el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" y la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Según Acuerdo N° 029-2019-CONAPRES, el presente Convenio Específico, se suscribe en el plazo máximo de quince (15) días hábiles, luego de ser aprobado por la instancia regional del pregrado de salud.

RR

40563  
26-5





**UNAP**

### CLÁUSULA TERCERA: OBJETIVO DEL CONVENIO

Establecer los acuerdos para desarrollar actividades de formación durante el internado (carrera profesional de: Odontología), mediante acciones de docencia-servicio e investigación a ser realizadas por los estudiantes de la FACULTAD en el HOSPITAL APOYO IQUITOS, y que incluye a los trabajadores del o de los establecimiento/s de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, fortalecer la formación de los estudiantes y el desempeño de los trabajadores, docentes e investigadores, sustentado en el respeto pleno de sus derechos.

### CLÁUSULA CUARTA: ÁMBITO DEL CONVENIO Y PROGRAMACIÓN CONJUNTA

El ámbito geográfico-sanitario que servirá como área programática para la ejecución del convenio es el que corresponde al HOSPITAL APOYO IQUITOS.

En tanto no se emitan las normas referidas a la definición y distribución de ámbitos mencionados en el párrafo precedente, la programación conjunta de los Convenios Específicos se continuará efectuando de conformidad con las disposiciones establecidas en la Resolución Suprema N° 099-89-SA y el Decreto Supremo N° 021-2005-SA, los cuales establecen que en caso de que hayan dos o más universidades signatarias de Convenio que coincidan en el mismo ámbito geográfico; se tendrá en cuenta para el desarrollo de la Programación Conjunta, los criterios que a continuación expresan: La Universidad Estatal tendrá precedencia sobre la Universidad Particular, la Facultad más antigua, tendrá precedencia sobre la más reciente.

### CLÁUSULA QUINTA: RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

La HOSPITAL APOYO IQUITOS se compromete en el desarrollo del proceso docente asistencial e investigación asumiendo los siguientes compromisos:

- 5.1. Distribuir o asignar anualmente campos clínicos o campos socio sanitarios o campos de gestión, los cuales estarán en función de la capacidad instalada en el HOSPITAL APOYO IQUITOS conforme al marco normativo vigente tanto del Ministerio de Salud (MINSA), del Sistema Nacional de Articulación de Docencia-Servicio e Investigación en Pregrado de Salud (SINAPRES), y normas conexas, complementarias y accesorias.
- 5.2. Ofrecer ambientes en condiciones adecuadas para el desarrollo de las actividades docente-asistenciales, conforme a la normatividad vigente.
- 5.3. Otorgar facilidades para que los profesionales del HOSPITAL APOYO IQUITOS que sean docentes/tutores de la FACULTAD realicen docencia en servicio, sin desmedro del cumplimiento de sus actividades asistenciales y administrativas como trabajadores del HOSPITAL APOYO IQUITOS.
- 5.4. Facilitar y supervisar la labor de investigación que llevan a cabo los estudiantes y docentes de la FACULTAD en el HOSPITAL APOYO IQUITOS. Estas investigaciones se realizarán en estricto cumplimiento de las normas vigentes para el desarrollo de las investigaciones en el campo de la salud (incluye las normas internas del establecimiento de salud), así como de la Ética y Deontología.
- 5.5. Supervisar a través de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos o Capacitación o la que haga sus veces, la implementación del Consentimiento Informado para las actividades de docencia durante la atención en salud, resguardando en todo momento la intimidad, confidencialidad de datos personales, información sobre la enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales de las personas usuarias de los servicios de salud, en cumplimiento de las normas que protegen los derechos de las mismas.
- 5.6. Garantizar que exista relación racional entre el número máximo de estudiantes de pregrado y los pacientes que aceptan participar en programas de docencia, considerando que el número de





UNAP

estudiantes es de dos (2) estudiantes por cada paciente independientemente de la universidad o de profesión.

- 5.7. Poner a disposición equipos e instrumental para el desarrollo de las actividades docente-asistenciales programadas, siempre bajo la supervisión del profesional de salud responsable del servicio asistencial o del tutor del HOSPITAL APOYO IQUITOS.
- 5.8. Proporcionar a la FACULTAD el Plan Anual de Desarrollo de las Personas para determinar conjuntamente la contribución de ésta en su ejecución, lo cual se especificará en la Programación Conjunta correspondiente.
- 5.9. Supervisar el cumplimiento del uso de los elementos de identificación, implementos de protección y bioseguridad de los estudiantes de la FACULTAD en los servicios.
- 5.10. Comunicar a la FACULTAD, las faltas cometidas por los estudiantes, quienes son pasibles de sanciones en el ámbito docente asistencial; por parte del Subcomité de la Sede Docente, sin perjuicio de ser pasibles de sanciones por parte de la FACULTAD, en el ámbito académico.

De la **FACULTAD**,

- 5.11. Cumplir con presentar oportunamente al HOSPITAL APOYO IQUITOS, la información requerida para la Programación Conjunta, como plazo máximo un mes antes de iniciar el semestre académico siguiente con carácter obligatorio, y cuanta información sea requerida con los plazos acordados por ambas partes, entre las cuales, el plan de estudios, la relación de estudiantes y tutores a cargo de ellos, mediante documento oficial.
- 5.12. Respetar el funcionamiento y organización de los servicios del HOSPITAL APOYO IQUITOS, así como también, cumplir sus normas internas; asimismo cumplir con las normas vigentes pertinentes, las disposiciones que el MINSA emita y las normas emanadas del SINAPRES.
- 5.13. Realizar investigaciones en salud dentro del marco legal vigente nacional como internacional y los establecidos por el HOSPITAL APOYO IQUITOS.
- 5.14. Proporcionar los materiales de bioseguridad, en las cantidades y períodos que requieran los estudiantes de la FACULTAD durante su estancia en el establecimiento de acuerdo a la Programación Conjunta.
- 5.15. Contribuir con equipos, instrumentos o materiales que favorezcan la actividad docente asistencial, según disponibilidad presupuestal. Los detalles se precisarán en la Programación Conjunta.
- 5.16. Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios que puedan ocasionar los estudiantes y personal de la FACULTAD a la infraestructura, equipos, instrumental y personas del HOSPITAL APOYO IQUITOS durante el desarrollo de las actividades docente asistenciales y reponer de manera inmediata, sin necesidad de requerir a (el/los/las) estudiante(s), sin perjuicio que la FACULTAD establezca directamente responsabilidad en los estudiantes o personal de la FACULTAD que hubieran ocasionado los daños.
- 5.17. Asignar o contratar profesionales del HOSPITAL APOYO IQUITOS de acuerdo con la Ley Universitaria y el Estatuto de la Universidad, para la implementación y desarrollo de las diferentes actividades de la Programación Conjunta que se desarrollen en el HOSPITAL APOYO IQUITOS.
- 5.18. Proveer tutoría permanente y de manera presencial a los estudiantes de la FACULTAD en el HOSPITAL APOYO IQUITOS de acuerdo a lo establecido en la Programación Conjunta. Esta tutoría se realizará en el ámbito de la jurisdicción de la sede, en el horario asignado a su labor asistencial del profesional de la salud del establecimiento, la misma que no deberá exceder de 20 horas semanales, esta labor es parte de su labor asistencial a tiempo completo (36 horas



UNAP

semanales). La teoría no deberá estar incluidas en la jornada asistencial. El tutor debe contar con el perfil correspondiente a la carrera profesional que cursa el estudiante.

- 5.19. Contribuir mediante programas de capacitación, perfeccionamiento o complementación para el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo de las Personas del HOSPITAL APOYO IQUITOS, tanto para profesionales universitarios y técnicos, relacionadas con el desarrollo de capacidades en docencia-asistencia e investigación; encargándose de la organización académica y administrativa incluyendo la certificación respectiva. Se precisará en la Programación Conjunta lo referido a becas, formas de capacitación, contenidos temáticos, número de participantes y otros que se correspondan con el Plan de Desarrollo de las Personas de la sede docente.
- 5.20. Facilitar el auspicio académico a los eventos científicos organizados por el HOSPITAL APOYO IQUITOS previa solicitud, y previa evaluación de la FACULTAD, conforme a disposiciones internas de la Universidad.
- 5.21. Los estudiantes presentarán certificado de salud física y mental expedidos por un establecimiento de salud pública. La certificación de salud física debe de incluir despistaje de Tuberculosis (Radiografía de tórax estándar obligatoriamente y BK Directo de esputo), vacunación para Hepatitis B (determinación de anticuerpos de ser necesario), el costo de ellos será cubierto por el estudiante. Casos especiales serán evaluados por el Subcomité de la Sede Docente.
- 5.22. Facilitar el acceso de sus estudiantes de la FACULTAD a una cobertura de seguros contra accidentes que se produzcan dentro del lugar de las prácticas.
- 5.23. Garantizar la identificación de los estudiantes de la FACULTAD, proporcionando los elementos respectivos.
- 5.24. Remitir al HOSPITAL la documentación de asignación del (la) Coordinador General entre EL HOSPITAL y LA FACULTAD.

#### CLÁUSULA SEXTA: COORDINACIÓN Y DESARROLLO

La coordinación y desarrollo de este convenio estará a cargo de una Comisión de Coordinación, conformada e instalada dentro de los diez (10) días hábiles de suscrito el convenio; estará integrada por:

Del HOSPITAL APOYO IQUITOS:

- El (La) Director (a) o su representante.
- El (La) Jefe (a) de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos o Capacitación o quien haga sus veces.

De la FACULTAD:

- El (La) Decano (a) o su representante.
- Un (a) profesor (a) debidamente acreditado.

Dicha Comisión sujeta sus actuaciones a las disposiciones emanadas de los órganos que conforman el SINAPRES.

#### CLÁUSULA SÉPTIMA: VIGENCIA

El presente Convenio Específico tendrá una vigencia de tres (3) años, contando a partir de la fecha de su suscripción, pudiendo ser renovado de común acuerdo entre las partes por escrito, y previa opinión favorable del Comité Regional de Pregrado de Salud (COREPRES).





UNAP

#### CLÁUSULA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia que surja de la interpretación o ejecución de este Convenio Específico, será resuelta en primera instancia por el Subcomité de la Sede Docente y en última instancia por el COREPRES.

#### CLÁUSULA NOVENA: MODIFICACIONES DEL CONVENIO

El presente Convenio puede ser modificado, previo acuerdo expreso de las partes, y se hará por escrito y previa opinión favorable que la instancia de pregrado emita a través de la Dirección General de Personal de la Salud del MINSA, o la que haga sus veces.

#### CLÁUSULA DÉCIMA: RESOLUCIÓN DEL CONVENIO


En caso de no resolverse las controversias en el contexto de la Cláusula Séptima y se determine la resolución del presente Convenio, el COREPRES será responsable de expedir la resolución correspondiente.

Este convenio podrá ser resuelto unilateralmente, por cualquiera de las partes, dando aviso a las partes por lo menos, con ciento ochenta (180) días previos al inicio del año académico siguiente, mediante Carta Notarial.

Dicha resolución no afectará las actividades programadas y en desarrollo de los estudiantes de LA FACULTAD en el HOSPITAL APOYO IQUITOS, para las cuales se seguirán aplicando las disposiciones pertinentes del convenio suscrito.

En señal de conformidad suscriben las partes tres (3) ejemplares, a los 01 días del mes de febrero del año 2023.

  
**MC. Juan Carlo Ruiz Rios**  
Director Ejecutivo  
HOSPITAL APOYO IQUITOS  
"César Garayar García"

  
**Rafael Fernando Sologuren Anchante**  
Decano  
Facultad de Odontología  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA  
PERUANA

  
**Rodil Tello Espinoza**  
Rector  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA  
PERUANA



PLAN DE TRABAJO  
CONVENIO ESPECIFICO HOSPITAL - UNIVERSIDAD

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA UNAP

HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

PERIODO : DEL ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025

| N°        | COMPROMISO<br>(1)  | DETALLE<br>(2)   | DURACION<br>(3) | SEDE<br>(4) | # DE BENEFICIARIOS<br>(5) | FECHA<br>(6)             | VALORIZACION S/.<br>(7) | RESPONSABLES (8) |                         |
|-----------|--|--|-----------------|-------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
|           |  |  |                 |             |                           |                          |                         | HOSPITAL         | UNIVERSIDAD             |
| 1         | Capacitación para el personal del Hospital en los cursos que organiza la Facultad de Odontología   | Cursos según calendario de la facultad.  | 03 días         | Universidad | 5                         | Febrero a Diciembre 2025 | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 2         | Acceso y facilidad de los locales, auditorio, laboratorios de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana para uso académico, previa coordinación | Curso taller cuando Hospital realice actividades de capacitación u otras actividades de bienestar de personal.   | 12 meses        | Universidad | 5                         | Enero a Diciembre 2025   | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 3         | Equipar ambiente físico para actividades de Capacitación al Hospital   | De acuerdo a la solicitud del Hospital y de acuerdo a la posibilidad de Recursos económicos de la facultad(mesas, sillas,laptop,escran,ventiladores,etc. | 06 meses        | Hospital    | 5                         | Julio a Diciembre 2025   | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 4         | Campo Clínico para Práctica Pre Profesionales (Internado Médico)   | Prácticas para estudiantes en el último año de estudios de acuerdo a la RD N° 298-2018-GRU-DRS-L- HICGG/30.17 01   | 10 meses        | Hospital    | 8                         | Marzo a Diciembre 2025   | 4,800.00                | Hospital         |                         |
| TOTAL S/. |  |  |                 |             |                           |                          | 6,000.00                |                  |                         |

(1) COMPROMISO Prestaciones y contraprestaciones concretas que las partes se obligan a efectuar. (Ejemplo: Campo Clínico/Administrativo, Cursos, becas, préstamo de equipos, implementación de ambientes para el desarrollo de actividades educativas, etc.)

(2) DETALLE Precisar la denominación del compromiso. Nombre del evento, tipo de equipo prestado, bien cedido para implementación, Especialidad del Campo Clínico/Administrativo, etc.)

(3) DURACION Precisar la duración del compromiso. (Ejemplo: Nombre del Centro Asistencial)

(4) SEDE Lugar físico donde se efectuará el compromiso. (Ejemplo: Nombre del Centro Asistencial)

(5) NUMERO DE BENEFICIARIOS Precisar el número de personas que se beneficiarán con la contraprestación (Alumnos, Docentes, Participantes a eventos, etc)

(6) FECHA Plazo de cumplimiento del compromiso (Ejemplo: Evento del . . . al . . . Utilización del Campo Clínico/Administrativo del . . . al . . . etc)

(7) VALORIZACION Determinar el valor económico que requiere cumplir con el compromiso (Ejemplo: Valor del evento, del bien cedido en uso, del alquiler del equipo prestado, del material de escritorio Valor del Campo Clínico/Administrativo - Alumnos Internos, Residentes, de Pre Grado, Practicantes, etc)

(8) RESPONSABLE Persona o Área directa que estará a cargo de la ejecución del Compromiso (Ejemplo: En Salud, Servicio Médico determinado ó Nombre del Jefe de un área determinada / En la Universidad, Área o Jefe de un área determinada, docente o tutor responsable).

MC. JUAN CARLO RUIZ RIOS  
Director Ejecutivo  
HOSPITAL APOYO IQUITOS  
"César Garayar García"



Lic. Edm. Germa Perez Masquita  
Jefe de la Unidad de Desarrollo de RR.HH.  
HOSPITAL APOYO IQUITOS  
"César Garayar García"

REPRESENTANTE DE LA UNIVERSIDAD  
Manuel Justo Meza Garay  
Decano de la Facultad de Odontología  
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana -UNAP



Rodil Tello Espinoza  
Rector  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA  
PERUANA



PLAN DE TRABAJO  
CONVENIO ESPECIFICO HOSPITAL - UNIVERSIDAD

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA UNAP  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
PERIODO : DEL ENERO 2025 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025

| N°        | COMPROMISO<br>(1)  | DETALLE<br>(2)   | DURACION<br>(3) | SEDE<br>(4) | # DE BENEFICIARIOS<br>(5) | FECHA<br>(6)             | VALORIZACION SI.<br>(7) | RESPONSABLES (8) |                         |
|-----------|--|--|-----------------|-------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
|           |  |  |                 |             |                           |                          |                         | HOSPITAL         | UNIVERSIDAD             |
| 1         | Capacitación para el personal del Hospital en los cursos que organice la Facultad de Odontología   | Cursos según calendario de la facultad.  | 03 días         | Universidad | 5                         | Febrero a Diciembre 2025 | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 2         | Acceso y facilidad de los locales, auditorio, laboratorios de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana para uso académico ,previa coordinación | Curso taller cuando Hospital realice actividades de capacitación u otras actividades de bienestar de personal.   | 12 meses        | Universidad | 5                         | Enero a Diciembre 2025   | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 3         | Equipar ambiente físico para actividades de Capacitación al Hospital   | De acuerdo a la solicitud del Hospital y de acuerdo a la posibilidad de Recursos económicos de la facultad(mesas,sillas,laptop,ecran,ventiladores,etc. | 06 meses        | Hospital    | 5                         | Julio a Diciembre 2025   | 400.00                  |                  | Facultad de Odontología |
| 4         | Campo Clínico para Práctica Pre Profesionales (Internado Médico)   | Practicas para estudiantes en el último año de estudios de acuerdo a la RD N° 298-2018-GRU-DRS-L- HICGG/30.17 01                                       | 10 meses        | Hospital    | 8                         | Marzo a Diciembre 2025   | 4,800.00                | Hospital         |                         |
| TOTAL SI. |  |  |                 |             |                           |                          | 6,000.00                |                  |                         |

(1) COMPROMISO: Prestaciones y contraprestaciones concretas que las partes se obligan a efectuar. (Ejemplo: Campo Clínico/Administrativo, Cursos, becas, préstamo de equipos, implementación de ambientes para el desarrollo de actividades educativas, etc.)  
(2) DETALLE: Preclarificar la denominación del compromiso (Ejemplo: Nombre del evento, tipo de equipo prestado, bien cedido para implementación, Especialidad del Campo Clínico/Administrativo, etc.)  
(3) DURACION: Solo para actividades educativas. Horas que demandará el desarrollo de la actividad.  
(4) SEDE: Lugar donde se realizará el compromiso (Ejemplo: Nombre del Centro Asistencial).  
(5) NUMERO DE BENEFICIARIOS: Preclarificar el compromiso (Ejemplo: Alumnos, Docentes, Participantes a eventos, etc.)  
(6) FECHA: Plazo de cumplimiento del compromiso (Ejemplo: Evento del día... al... Utilización del Campo Clínico/Administrativo del... al... etc.)  
(7) VALORIZACION: Determinar el valor económico que requiere cumplir con el compromiso (Ejemplo: Valor del evento, del bien cedido en uso, del alquiler del equipo prestado, del material de escritorio. Valor del Campo Clínico/Administrativo - Alumnos Internos, Residentes, de Pre Grado, Practicantes, etc.)  
(8) RESPONSABLE: Persona o Área directa que estará a cargo de la ejecución del Compromiso (Ejemplo: En Salud, Servicio Médico determinado ó Nombre del Jefe de un área determinada / En la Universidad, Área o Jefe de un área determinada, docente o tutor responsable).

MC. JUAN CARLO RUIZ RIOS  
Director Ejecutivo  
HOSPITAL APOYO IQUITOS  
"César Garayar García"



Luz Edith Gema Pérez Masquita  
Jefe de Oficina de Desarrollo de RR.HH.  
HOSPITAL APOYO IQUITOS  
"César Garayar García"

REPRESENTANTE DE LA UNIVERSIDAD  
Manuel Justo Meza Garay  
Decano de la Facultad de Odontología  
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana -UNAP



Rodil Tello Espinoza  
Rector  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA  
PERUANA