

DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DEL INGRESANTE A RESIDENTADO DE ENFERMERÍA 2025 EN ESSALUD – MODALIDAD PLAZA CAUTIVA

Yo, _____, identificado con D.N.I. N° _____, Código de Planilla N° _____, he sido autorizado para postular al Programa de Residentado en Enfermería 2025, en la especialidad de _____, por el período comprendido del 01 de _____ de 20____ al 30 de _____ del 20____, en la modalidad **PLAZA CAUTIVA** y me comprometo a:

PRIMERO.-

Que, al término de mi proceso de formación, continuar prestando servicios a la Institución y **permanecer en mi región de origen por el doble de tiempo al de duración de mi formación**, de dos (02) años, de acuerdo a lo establecido en el **numeral 8.2 de las Disposiciones Complementarias, transitorias y finales de las Normas de Desplazamiento de Personal de ESSALUD aprobada por Resolución de Gerencia Central N° 772-GCGP-ESSALUD-2014, modificada por la Resolución de Gerencia Central N° 246-GCGP-ESSALUD-2023; Literal b) de la Séptima Disposición Complementaria de la Directiva de Gerencia General N° 20-GCGP-ESSALUD-2020, “Gestión del Proceso de Capacitación en el Seguro Social de Salud- ESSALUD” aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1448-GG-ESSALUD-2020.**

SEGUNDO.-

Autorizar a la Sede Docente, mi **desplazamiento temporal** mientras dure mi período formativo en la función de Enfermera Residente, sin perjuicio del nivel de carrera que me corresponde.

TERCERO.-

En caso abandone **mi sede de formación o renuncie injustificadamente** a la plaza con posterioridad a la fecha de cierre del proceso de admisión del presente año, estaré inhabilitada automáticamente de postular al CONAREN por un período de dos (02) años, de acuerdo a la normatividad vigente.

CUARTO.-

Cumplir los horarios y roles de guardia, asistenciales y académicas, haciendo prevalecer lo estipulado en las normas de ESSALUD y de las Instituciones Formadoras Universitarias.

QUINTO.-

En caso de incumplimiento de las cláusulas precedentes y sin perjuicio de las acciones administrativas y legales a que hubiere lugar, autorizo a ESSALUD **a efectuar el descuento de mis remuneraciones y/o liquidación de beneficios sociales correspondientes** a los siguientes conceptos:

- Gastos incurridos en la formación recibida.
- Remuneraciones percibidas en virtud a la licencia con goce de haber otorgada por motivo de mi especialización
- Indemnización por el perjuicio ocasionado a ESSALUD, de ser el caso y otras acciones legales a que hubiere lugar.

Lima,

.....
Firma y Huella Digital

D.N.I. ... Cod. Planilla N°