

DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DEL INGRESANTE AL RESIDENTADO ODONTOLÓGICO 2025 EN ESSALUD - MODALIDAD PLAZA CAUTIVA¹

Yo, _____

Identificado(a) con D.N.I. N° _____, código de Planilla N° _____, he sido autorizado (a) para postular al Programa de Residentado Odontológico 2025, en la especialidad de _____ por el período comprendido del 01 de _____ de 2025 al ____ de _____ del 20____, en la modalidad **Plaza Cautiva** y me comprometo a:

PRIMERO.- Cumplir lo dispuesto en los documentos normativos sobre residentado odontológico del Ministerio de Salud y del Seguro Social de Salud-Essalud.

SEGUNDO.- Que, al término de mi proceso de formación, continuar prestando servicios a la Institución y **retornar a mi sede de origen por el doble del tiempo de duración del período de mi formación**, de dos (02) años o cuatro (04) años, de acuerdo a lo establecido en el **numeral 8.2 de las Normas sobre Desplazamiento de Personal de ESSALUD aprobada por Resolución de Gerencia Central N° 772-GCGP-ESSALUD-2014 y su modificatoria; 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.**

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

CUARTO.- En caso abandone o renuncie a la plaza con posterioridad a la fecha de cierre del proceso de admisión del presente año, sin autorización, o por causa injustificada no podré postular por un período de tres años (en los próximos tres procesos de admisión posteriores), de acuerdo a lo establecido en el Artículo 56 del Reglamento de Residentado Odontológico. En el caso de ESSALUD, realizará las acciones legales correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente.

QUINTO.- Iniciar y concluir satisfactoriamente las actividades educativas, cumplir los horarios y roles de guardia (si fueran parte del plan curricular), asistenciales y académicas, entre otras actividades propias del proceso enseñanza – aprendizaje, haciendo prevalecer lo estipulado en el Reglamento del Residentado Odontológico, las normas de ESSALUD y de las Instituciones Formadoras Universitarias.

SEXTO.- 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 de la licencia con goce de haber otorgada por motivo de la especialización
- Indemnización por el perjuicio ocasionado a ESSALUD, de ser el caso y otras acciones legales a que hubiera lugar.

Lima, de de 2025

.....
Firma y Huella Digital

D.N.I.

Código de Planilla N°

¹ Con firma legalizada notarialmente.

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en la siguiente dirección web: "[@URL_VERIFICAR]" e ingresar clave: "[@COD_VERIFICAR]"