

COMPROMISO DE RETRIBUCIÓN Y RECIPROCIDAD

Yo, _____, titular de la Cédula de Identidad N° _____, profesional en el área de la salud, encontrándome en conocimiento y aceptando los requisitos que establece el baremo de estudios elaborados por la Dirección General de Investigación y Educación adscrita al Viceministerio de Salud Integral; declaro que responderé cuando sea requerido por la República Bolivariana de Venezuela, por órgano del Ministerio del Poder Popular para la Salud, con la prestación de servicios profesionales de especialistas para el cual concurso e ingreso, en cualquiera de los Centros Hospitalarios de Salud dentro del territorio nacional, por razones de necesidad de servicio que exija la Patria, durante el periodo no menor del tiempo de duración de la especialización médica.

En _____, a los ____ días, del mes _____ del año _____.

Firma

Pulgar Izquierdo

Pulgar Derecho

CARTA COMPROMISO DE DEDICACIÓN EXCLUSIVA

Yo, _____, portador (a) de la Cédula de Identidad N° _____, declaro que me comprometo a cumplir con el programa de la Residencia Asistencial Programada o Postgrado en la especialidad de _____ a dedicación exclusiva. Si existiese incumplimiento de esta declaración jurada aceptaré la suspensión definitiva de la Residencia, en cualquier etapa que me encuentre cursando y no podré participar posteriormente en los concursos del MPPS por un periodo consecutivo de dos (02) años.

En _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____.

Firma

Pulgar Izquierdo

Pulgar Derecho

**DECLARACIÓN JURADA DE NO POSEER CARGO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
NI PRIVADA, NI OTROS FINANCIAMIENTOS DE ESTUDIO.**

Yo, _____, portador(a) de la Cédula de Identidad N° _____, declaro que no poseo ningún cargo en la administración pública nacional ni privada, ni otros financiamientos de estudio. Si existiese incumplimiento de esta declaración jurada aceptaré la suspensión definitiva de la Residencia, en cualquier etapa que me encuentre cursando y no podré participar posteriormente en los concursos del MPPS por un periodo consecutivo de dos (02) años.

En _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____.

Firma

Pulgar Izquierdo

Pulgar Derecho

PARTE EXTERNA DE LAS CARPETA

Vertical rectangular box, likely a placeholder for a photo or document.

<p>Apellidos y Nombres</p> <hr/> <p>C.I.N°: _____</p> <p>HOSPITAL</p>
--

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE RECAUDOS PARA CONCURSO-INSCRIPCIÓN
(CARPETA NÚMERO 1)**

Recaudo	Descripción	Entregado	
		SI	NO
1	Carta de manifestación de voluntad de participar en el proceso de concurso para postgrados en cualquiera de sus modalidades en el SPNS.		
2	Foto reciente, fondo blanco tipo carnet. (No copia).		
3	Carta de manifestación de voluntad de participar en el proceso de concurso para postgrados en cualquiera de sus modalidades en el SPNS.		
4	Carta de Postulación original		
5	Copia simple de constancia de haber cumplido el Artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, definitiva o provisional.		
6	Fotocopia de la Cedula de Identidad, ampliada al 150%		
7	Resumen Curricular (máximo 2 hojas)		
8	Fotocopia del título de profesional de salud emitido por una universidad venezolana		
9	Copia de certificación de notas de pregrado.		
10	Copia de Constancia de los cursos de Postgrado, Residencias Asistenciales RAPCCE cuando éstas sean Prelación.		
11	Copia de notas de Postgrado		
12	Credenciales.		
13	Fotocopia de Registro Identificación Fiscal (RIF)		
14	Carta de compromiso de dedicación exclusiva.		
15	Declaración Jurada de no poseer cargo en la Administración Pública ni privada		
16	Constancia de permiso remunerado y/o no remunerado		
17	Constancia de haber laborado en un Consultorio popular firmado por de Director de la ASIC y por un representante del Poder Popular (opcional, valido como credencial)		
18	Solicitud de traslado físico por estudios (cuando proceda)		
19	Compromiso de Retribución y Reciprocidad		

Todas las hojas deben ir enumeradas por el aspirante.

NOTA: Todo documento o credencial expedido en el exterior debe estar legalizado por el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela, en el país de origen donde fue emitido, y si está expresado en otro idioma, deberá ser traducido al idioma castellano por un intérprete público. Exceptuándose las publicaciones realizadas en otro idioma.

Entregar Una carpeta marrón tamaño oficio e identificadas, con vista a los originales.

Carpeta: No. Folios _____

Recibido por: _____

En _____, a los __ días, del mes _____ del año

LISTA DE VERIFICACIÓN DE RECAUDOS PARA CONTRATACIÓN A LA OFICINA DE RRHH DEL MPPS.

(CARPETA NÚMERO 2)

Recaudo	Descripción	Entregado	
		SI	NO
1	Lista de verificación de recaudos para el concurso (1 adicional para el recibido).		
2	Dos fotocopias completamente legibles de la cédula de identidad ampliada al 150%.		
3	Fotocopia del Registro de Información Fiscal (RIF)		
4	Una foto reciente tipo carnet, fondo blanco (No copias)		
5	Síntesis Curricular (2 Hojas como máximo, con foto)		
6	Fondo negro simple del título de Médico emitido por una universidad venezolana.		
7	Constancia de cumplimiento del Artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina.		
8	Carta de compromiso de dedicación exclusiva.		
9	Compromiso De Retribución Y Reciprocidad		
10	Declaración Jurada de no poseer cargos en la Administración Publica y/o Privada ni otros financiamientos de estudio.		
11	Constancia de permiso remunerado y/o no remunerado		
12	Carta de aceptación al Postgrado		
13	Copia de Cheque, libreta de ahorro o certificación de cuenta electrónica (Banco Venezuela)		
14	Autorización de depósito en cuenta		

Todas las hojas deben ir enumeradas por el aspirante.

NOTA: Todo documento o credencial expedido en el exterior debe estar legalizado por el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela, en el país de origen donde fue emitido, y si está expresado en otro idioma, deberá ser traducido al idioma castellano por un intérprete público. Exceptuándose las publicaciones realizadas en otro idioma.

Entregar Una carpeta marrón tamaño oficio e identificadas, con vista a los originales.

Carpeta: No. Folios _____

Recibido por: _____

En _____, a los __ días, del mes _____ del año ____

