



Apellidos y Nombres: CASTILLO ROMANI SUSANA PAOLA CECILIA

Fecha: 02/04/2024 Edad: _____

Puesto aspirado: Médico a domicilio crónicos

Marque con un X la respuesta que usted cree que se adecua a su

PREGUNTA	SI	NO		PREGUNTA	SI	NO
1		x		20		x
2		X		21		X
3	X			22	X	
4		X		23		X
5		X		24	X	
6	X			25		X
7		x		26		x
8		X		27	X	
9		X		28	X	
10	X			29		X
11		X		30		X
12	X			31		X
13		x		32	x	
14		X		33		X
15	X			34	X	
16		X		35		X
17	X			36	X	
18		X		37		X
19		x		38		x

N:

E:

ESTIMADO POSTULANTE NO COMPLETAR LAS

ANTES DE ENTREGAR REVISE QUE TODAS LAS PREGUNTAS



GESTION DEL TALENTO HUMANO

33

forma de ser

PREGUNTA	SI	NO
39	x	
40		X
41		X
42		X
43		X
44	X	
45		x
46	X	
47		X
48	X	
49		X
50		X
51		x
52		X
53	X	
54	X	
55		X
56	X	
57		x

L:

CASILLAS N, E y L

ESTÉN CORRECTAS

