

## INSCRIPCIÓN A CONCURSO DE MÉRITOS Y OPOSICIÓN

Fecha: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Estimado Aspirante:

Favor llenar con letra imprenta la siguiente información en base a los documentos que usted va a presentar en su carpeta para el Concurso de Méritos y Oposición de Especialidad Médica. En los campos que no tenga documentos soportes, agradecemos escribir "No Aplica"; y, firmar cada página según se indica.

Muchas gracias.

Pegar aquí su  
foto

### 1. PROGRAMA AL QUE APLICA:

**SEÑALAR CON UNA X**

PROGRAMA			
ESPECIALIDAD EN			CIRUGÍA GENERAL
ESPECIALIDAD EN			MEDICINA CRÍTICA
ESPECIALIDAD EN			MEDICINA INTERNA
ESPECIALIDAD EN			COLOPROCTOLOGÍA

### 2. DATOS PERSONALES

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ No. de Cédula o Pasaporte: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección domiciliaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad    Provincia    Teléfono

Dirección laboral: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad    Provincia    Teléfono

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono para contacto rápido: \_\_\_\_\_

### MANEJO DE IDIOMAS

*Indique con un visto ✓ su apreciación sobre su nivel de manejo de idiomas. Deser necesario añadir otros en el casillero.*

Los aspirantes cuyo idioma materno no es el castellano, deben probar su manejo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Pág. 2

	LECTURA				ESCRITURA			
	MUY BUENA	BUENA	LIMITADA	NINGUNA	MUY BUENA	BUENA	LIMITADA	NINGUNA
Español								
Inglés								
Francés								
Quichua								
Otros (especifique)								

### 3. EDUCACIÓN DE TERCER NIVEL

Título de tercer nivel debidamente reconocido por el SENESCYT	Universidad	País	Año de Graduación	Promedio de graduación	Nota del Indicador de Mérito de graduación

MEDICATURA RURAL	DESDE (día, mes y año)	HASTA (día, mes y año)	LUGAR	OBSERVACIONES
MEDICATURA RURAL				

### 4. ESTUDIOS DE POSTGRADO Y ACTUALIZACIÓN

Título registrado en SENESCYT o Curso de actualización realizado	SI	NO	TÍTULO/NOMBRE	UNIVERSIDAD	PAIS	AÑO DE GRADUACIÓN
DIPLOMADO:						
ESPECIALIDAD						
MAESTRIA						

<b>CURSOS DE FORMACIÓN MEDICA MAYORES DE 40 HORAS Y CON EVALUACION</b>						<b>NO APLICA</b>

OTROS CURSOS	SI	NO	INSTITUCIÓN QUE EMITE EL CERTIFICADO	DURACIÓN	PAIS	AÑO
FCCS						
ATLS						
ACLS						

**5. PUBLICACIONES**

NOMBRE DE LA PUBLICACIÓN	TIPO DE PUBLICACIÓN	MEDIO EN EL QUE SE PUBLICÓ	AÑO	OBSERVACIONES.

**6. OTROS MÉRITOS**

OTROS MÉRITOS	MATERIA	PERIODOS (AÑOS)	UNIVERSIDAD	CARRERA
<b>AYUDANTÍAS DE CÁTEDRA, (CERTIFICADAS Y POR CONCURSO DE MÉRITOS Y</b>				

<b>OPOSICIÓN)</b>				

<b>OTROS MÉRITOS</b>	<b>UNIVERSIDAD</b>	<b>AÑO</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>PREMIOS ACADÉMICOS O DE INVESTIGACIÓN (otorgados por una IES o unidad docente académica del país).</b>				

<b>OTROS MÉRITOS</b>	<b>UNIVERSIDAD</b>	<b>TIPO DE BECA</b>	<b>AÑO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>BECAS COMPLETAS O MEDIAS BECAS ACADÉMICAS EN IES</b>				

<b>OTROS MÉRITOS</b>	<b>UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE</b>	<b>AÑOS</b>	<b>TIPO DE RESIDENCIA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>AÑO DE RESIDENTE MÉDICO ASISTENCIAL O MÉDICO GENERAL (CON FUNCIONES)</b>				
<b>HOSPITALARIAS O RESIDENCIA ASISTENCIAL REALIZADOS EN ALGÚN HOSPITAL PÚBLICO O PRIVADO DE 2DO O 3ER NIVEL Y DE ESPECIALIDADES.</b>				

<b>OTROS MÉRITOS</b>	<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>UNIVERSIDAD QUE EMITE O AVALA PROYECTO</b>	<b>AÑO DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</b>				


OTROS MÉRITOS	NOMBRE DEL EVENTO	TITULO DE LA CONFERENCIA	AÑO	UNIVERSIDAD QUE AVALA
<b>PONENTE O CONFERENCISTA EN REUNIONES ACADÉMICAS AVALADAS</b>				

**7. ACCIÓN AFIRMATIVA**

ACCIÓN AFIRMATIVA	REGISTRO MIGRATORIO /FECHA	CERTIFICADO DEL CONSULADO RESPECTIVO	OBSERVACIÓN
Movilidad humana en el exterior por lo menos durante los 3 últimos años, Registro Migratorio o certificación del Consulado respectivo			

ACCIÓN AFIRMATIVA	No. CARNET CONADIS	CEDULA DISCAPCITADO	% DISCAPACIDAD
Discapacidad debidamente acreditada mediante carnet CONADIS, que o le impida el ejercicio profesional de su especialidad			

ACCIÓN AFIRMATIVA	CERTIFICACIÓN MIES	FECHA	QUINTIL QUE PERTENECE	OBSERVACIONES

Pertenecer a los quintiles 1 y 2 de pobreza, que se acreditará con la certificación otorgada por el MIES.				
---	--	--	--	--

<b>ACCIÓN AFIRMATIVA</b>	<b>CODENPE (Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y pueblos del Ecuador)</b>	<b>CODEPMOC (Consejo de Desarrollo del pueblo Montubio de la costa ecuatoriana y zonas subtropicales del Litoral</b>	<b>CODAE (Corporación de Desarrollo afroecuat oriano)</b>	<b>DECLARACIÓN JURAMENTADA (Aplica a todas las opciones)</b>
Reconocerse como perteneciente a una de las comunidades, pueblos o nacionalidades indígenas, afroecuatorianas o montubias avalado mediante la presentación de un certificado del...				

**CERTIFICO:** Que la información que entrego en este formulario es verdadera y está justificada con los documentos adjuntos. Entiendo que esta aplicación se utilizará dentro del concurso de Méritos y Oposición al cual estoy participando. También reconozco que una vez culminado el proceso no se me reembolsará el valor cancelado como inscripción.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Cédula de Identidad No.**

<b>ESPACIO RESERVADO PARA UEES</b>	
<b>RECIBIDO POR :</b>	<b>FECHA:</b>
<b>OBSERVACIONES:</b>	