

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE POSGRADOS DE LA SALUD

Formulario de inscripción – CONCURSO DE MÉRITOS Y OPOSICIÓN

Favor llenar cada espacio con la información requerida, en letra imprenta -legible-, y anexar la documentación de soporte. Si no puede evidenciar la información, escribir “No aplica”.

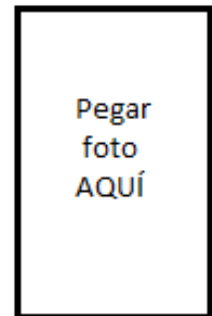
Fecha: Día_____ Mes_____ Año_____

Apellidos_____ Nombres_____

Estudios de tercer nivel (universidad): _____

Programa de especialidad a la que aplica:

- MEDICINA INTERNA
- PEDIATRÍA
- CIRUGÍA GENERAL
- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPÉDICA
- IMAGENOLOGÍA



DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

No de cédula de identidad o pasaporte: _____

Estado civil: _____ Domicilio: _____

Lugar de residencia: Ciudad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Lugar de trabajo (si aplica) y dirección: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Referencia o contacto: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA - TERCER NIVEL

Título de tercer nivel reconocido por la SENESCYT	Universidad que lo otorga	País	Año de graduación	Nota promedio de graduación	Indicador de mérito de graduación

Fecha de registro de título profesional ante la Autoridad Sanitaria -ACESS-: _____

APROBACIÓN DEL EXAMEN DE HABILITACIÓN PROFESIONAL DEL CACES:

Universidad	País	Año de graduación	Nota de aprobación

MEDICATURA RURAL

Lugar de realización	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Observaciones

ESTUDIOS DE POSGRADO

Título registrado en la SENESCYT	SI	Nombre del título	Universidad que lo emite	País	Año de graduación
Doctorado (Ph.D.)					
Especialidad médica					
Maestría					

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUA

(Duración mayor a 40 horas y con evaluación-máximo 4)

Nombre del curso	Universidad – aval -	Año

PUBLICACIONES

(Máximo 4)

Tipo de publicación / libro-artículo en revista indexada	Medio de publicación	Título de la publicación	Año	Aceptada para publicación

OTROS MÉRITOS

AYUDANTÍA DE CÁTEDRA (obtenida por concurso de méritos y oposición)	MATERIA	No de períodos (años) continuos	Universidad

PREMIOS ACADÉMICOS O DE INVESTIGACIÓN (otorgados por una universidad o sociedad científica)	UNIVERSIDAD	AÑO	Tipo o motivo de reconocimiento

BECAS (completas o medias becas) ACADÉMICAS EN UNA IESS	UNIVERSIDAD	TIPO DE BECA	AÑO

RESIDENCIA ASISTENCIAL CLÍNICA-QUIRÚRGICA	UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE	Número de AÑOS	Tipo de residencia	Afiliación al IESS	
				SI	

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	NOMBRE DEL PROYECTO	AÑO DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	OBSERVACIONES

EXPOSITOR O CONFERENCISTA EN EVENTOS ACADÉMICOS AVALADOS POR UNA UNIVERSIDAD	Nombre del evento científico-académico	Título de la conferencia	Año	Universidad que avala

RESIDENCIA ASISTENCIAL CLÍNICA-QUIRÚRGICA	UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE	Número de AÑOS	Tipo de residencia	Afiliación al IESS	
				SI	

BENEFICIARIO DE POLÍTICAS DE ACCIÓN AFIRMATIVA

Seleccione su pertenencia a una de las siguientes condiciones:

- MOVILIDAD HUMANA
- DISCAPACIDAD
- PERTENENCIA A UNA ETNIA O COMUNIDAD

ACCIÓN AFIRMATIVA (*)	Fecha de registro migratorio	Certificado del consulado respectivo	Observación
Condición de movilidad humana desde el exterior,			

mínimo por los 3 últimos años			
--------------------------------------	--	--	--

ACCIÓN AFIRMATIVA (*)	No de carné del CONADIS	Cédula de discapacitado	Porcentaje de discapacidad
Discapacidad: debidamente certificada mediante carné del CONADIS, que no le impida el ejercicio profesional de su especialidad			

ACCIÓN AFIRMATIVA (*)	CODENPE (Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y pueblos del Ecuador)	CODEPMOC: Consejo de Desarrollo del pueblo montubio de la costa ecuatoriana y zonas subtropicales del litoral	CODAE: Corporación de Desarrollo afroecuatoriano
Pertenencia a una comunidad, pueblo o nacionalidad indígena (afroecuatoriano, montubio, etc.)			

Nota: (*) para cada una de las opciones se requiere una declaración juramentada

Yo, _____, cédula de identidad No. _____, CERTIFICO que la información que entrego es verdadera, evidenciada mediante la documentación adjunta, y sujeta a verificación por parte del Comité de Selección, con propósitos de aplicación dentro del concurso de méritos y oposición en el cual estoy participando. Entiendo además que el valor cancelado por la inscripción, una vez culminado el proceso de selección, no es reembolsable.

Firma del postulante:

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LA UIDE

RECIBIDO POR:

FECHA:

OBSERVACIONES: