#



**Instructivo para la presentación de Currículum Vitae**

EI Currículum Vitae tendrá carácter de Declaración Jurada, deberá presentarse de acuerdo al formulario que se encuentra disponible para descargar de la página [www.salud.mendoza.gov.ar](http://www.salud.mendoza.gov.ar), en el apartado “Llamado a Concurso para el ingreso a la Carrera Médica”.

Características:

* Completar el CV con Microsoft Word o compatible, tipografía Arial 11, interlineado simple, foliado.
* No modificar cajas, ni agregar filas. Usar cuantas cajas necesite para cada ítem.
* Presentar carpeta de antecedentes (probanzas) en formato PDF foliada, con números naturales consecutivos sin esquemas de numeración; debiendo coincidir con lo referido en las cajas correspondientes del Curriculum Vitae.
* Caja: espacio a completar de cada uno de los antecedentes a presentar.
* Si hay un ítem que no tiene antecedentes aclarar “sin antecedentes”.
* Evitar duplicar información. Si fuera necesario, especificar con la leyenda “ya citado” y en dónde.
* Presentar la carpeta de antecedentes al mail de concurso: **concursoingresocarreramedica22@gmail.com**
* Las certificaciones electrónicas deberán poder verificarse en la web de la institución organizadora.
* Las certificaciones en otro idioma deberán ser presentadas traducidas por traductor oficial.

El currículum debe seguir el siguiente orden, y de acuerdo a las siguientes consideraciones:

# 1. DATOS GENERALES

## 1.1. Identificación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre(s)** | Nombre (s) del usuario | **Folio N°** |
| **Apellido(s)** | Apellido(s) del usuario. La usuaria mujer casada deberá consignar aquí su(s) apellido(s) de soltera. |
| **Apellido(s) de casada** | Apellido(s) de casada (si corresponde) de la usuaria mujer. |
| **Documento de identidad** | Número del documento de identidad del usuario de nacionalidad argentina. Adjuntar copia de DNI anverso y reverso en carpeta de probanzas. |
| **Género** | del usuario. |
| **Nacionalidad** | Nacionalidad del usuario. |
| **CUIT/CUIL** | Número de la Clave Única de Identificación Tributaria (C.U.I.T) o de la Clave Única de Identificación Laboral (C.U.I.L.) |

## 1.2. Domicilios y otros datos de contacto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domicilio Residencial** | Calle, avenida; número; piso y oficina, localidad/departamento. Provincia. | **Folio N°** |
|  **Código Postal** | Código de dirección postal. |
|  **Teléfono Fijo** | Número telefónico fijo. |
|  **Teléfono Móvil** | Número teléfono móvil. |
|  **Correo electrónico** | Dirección electrónica del usuario. |
| **Institución/Empresa** | Nombre de la Institución que es el principal lugar de trabajo del usuario. |
|  **Domicilio completo** | Calle, avenida; número; piso y oficina, localidad/departamento. Provincia. |
|  **Código Postal** | Código de dirección postal. |
|  **Teléfono Fijo** | Número telefónico fijo. |
|  **Correo electrónico** | Dirección electrónica de la Institución. |
| **Dirección de preferencia para correspondencia** | Dirección (profesional o residencial) en la que el usuario desea ser contactado preferentemente. |

## 1.3. Profesión

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Título de grado (anverso y reverso)** | Presentar título anverso y reverso en carpeta de probanzas | **Folio N°** |
| **Institución otorgante del título** | Universidad que otorga el título con aval del Ministerio de Educación de la Nación Argentina.Los títulos otorgados por Universidades extranjeras deberán tener el Apostillado de la Haya |
| **Fecha de egreso** | Debe constar la fecha que figura en el título de grado |
| **Matrícula profesional (provincial)** | Debe ser el número de matrícula de la provincia de Mendoza | **Folio N°** |

# 2. FORMACION DE POSGRADO

## 2.1. Formación y capacitación profesional - Nivel de Posgrado: Especialización por Consejo Deontológico – Otras instituciones otorgantes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1. Nivel de Posgrado:****Especialización por Consejo Deontológico** | Tiene por objeto profundizar el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesionesampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Conduce al otorgamiento de una especialidad, con especificación dela profesión o campo de aplicación otorgado por el Honorable Consejo Deontológico de la provincia de Mendoza. | **Folio N°** |

## 2.2. Formación y capacitación profesional - Nivel de Posgrado: Sub-especialización por Consejo Deontológico – Otras instituciones otorgantes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.2. Subespecialidad por Consejo Deontológico** | Tiene por objeto profundizar el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesionesampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Conduce al otorgamiento de una especialidad, con especificación dela profesión o campo de aplicación otorgado por el Honorable Consejo Deontológico de la provincia de Mendoza | **Folio Nº** | **Folio N°** |

## 2.3. Formación y capacitación profesional - Nivel de Posgrado: Título de Especialización a través de Carrera Universitaria

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.3. Especialidad por Carrera Universitaria de Especialista** | Tiene por objeto actualizar y perfeccionar el manejo de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de variasprofesiones, ampliando la capacitación profesional. Puede contar o no con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un diploma otorgado por la Universidad certificado por el Ministerio de Educación de la Nación. | **Folio N°** |
| **Carga horaria del Programa académico** | Número de horas de la Carrera. |
| **Institución** | Nombre de la Institución universitaria donde el usuario realizó los estudios correspondientes. Provincia. País |
| **Nombre del programa académico** | Nombre de la carrera en la cual el usuario realizó o realiza sus estudios. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año de inicio y egreso (dio cumplimiento a la totalidad de los requisitos curriculares y académicos para ser considerado egresado). |
| **Obtención del título****Datos del programa académico** | Año en que el usuario obtuvo el diploma que acredita la situación de egresado. |
| **Título de la monografía o trabajo final integrador** | Título de la monografía del nivel Posgrado (si corresponde). |
| **Nombre completo del tutor** | Nombre (s) y apellido(s) completos del tutor o director del usuario (si corresponde). |
| **Beca** | Posesión de beca por el usuario durante la realización de la carrera: sí o no. | **Folio N°** |
| **Agencia financiadora** | Nombre de la Institución que concedió la beca al usuario (si correspondiere). |

## 2.4. Formación y capacitación profesional - Nivel de Posgrado: Maestría

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.4. Nivel de Posgrado: Maestría** | Tiene por objeto proporcionar una formación superior en una disciplina o área interdisciplinaria, profundizando la formación en el desarrollo teórico, tecnológico, profesional, para la investigación y el estado del conocimiento correspondiente a dicha disciplina o área interdisciplinaria. La formaciónincluye la realización de un trabajo, proyecto, obra o tesis de maestría de carácter individual, bajo la supervisión de un director y culmina con la evaluación por un Jurado que incluye al menos un miembro externo a la Institución. El trabajo final, proyecto, obra o tesis deben demostrar destreza enel manejo conceptual y metodológico correspondiente al estado actual del conocimiento en la o las disciplinas del caso. Conduce al otorgamiento de un título académico de Magister, con especificación precisa de una disciplina o de un área interdisciplinaria. | **Folio N°** |
| **Carga horaria del Programa académico** | Número de horas de la carrera de Maestría si está especificado en alguna certificación.  |
| **Institución** | Nombre de la Institución universitaria donde el usuario realizó sus estudios correspondientes al nivel Maestría. País y Provincia. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año en el que el usuario inició y año en que egresó (dio cumplimiento a la totalidad de los requisitos curriculares y académicospara ser consideradoegresado). |
| **Obtención del título** | Año en que el usuario obtuvo el diploma que acredita la situación de egresado de la Maestría. |
| **Datos del programa académico****Título de la tesis** | Título de la Tesis de Maestría. |
| **Nombre completo del tutor** | Nombre (s) y apellidos (s) completos del tutor o director de la tesis. |
| **Beca** | Posesión de beca por el usuario durante la realización de la carrera: SI – NO.  | **Folio N°** |
| **Agencia financiadora** | Nombre de la institución que concedió la beca al usuario (si corresponde). |

## 2.5. Formación y capacitación profesional - Nivel de Posgrado: Doctorado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.5. Nivel de Postgrado: Doctorado** | Tiene por objeto la obtención de verdaderos aportes originales en un área de conocimiento, cuya universalidad debe procurar, en un marco de nivel deexcelencia académica. Dichos aportes originales estarán expresados en una tesis de Doctorado de carácter individual que se realizará bajo supervisión de un Director de tesis y culmina con su evaluación por un Jurado, con mayoría de miembros externos al programa donde al menos uno de estos seaexterno a la Institución. Dicha tesis conduce al otorgamiento del título académico de Doctor. | **Folio N°** |
| **Institución** | Nombre de la Institución donde el usuario realizó sus estudios correspondientes al nivel de Doctorado. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año en el que el usuario inició y año en que egresó (dio cumplimiento a la totalidad de los requisitos curriculares y académicos para ser consideradoegresado). |
| **Obtención del título** | Año en que el usuario obtuvo el diploma que acredita la situación de egresado. |
| **Datos del programa académico****Título de la tesis** | Título de la Tesis. |
| **Nombre completo del tutor** | Nombre(s) y apellido(s) completos del tutor o director de la tesis. |
| **Beca** | Posesión de beca por el usuario durante la realización de la carrera: Sí o No. | **Folio N°** |
| **Agencia financiadora** | Nombre de la Institución que concedió la beca al usuario (si corresponde). |

## 2.6. Beca ganada por Mérito suma puntaje. Refrendada por Universidad o Ministerio de Educación de Nación.Válido para ítems 2.3; 2.4; 2.5.

## Se debe completar una caja por cada beca.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.6.1. Beca Internacional**  | Detallar Tipo y Título de la Beca. Institución otorgante. Período. | **Folio N°** |
| **2.6.2. Beca Nacional**  | Detallar Tipo y Título de la Beca. Institución otorgante. Período. | **Folio N°** |

## 2.7. Formación y capacitación profesional: Residencia de Primer Nivel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.7. Residencia de Primer Nivel** | Tiene por objeto complementar la formación del profesional de la salud ejercitándolo en el desempeño de las disciplinas correspondientes mediantela adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad. Se realiza en establecimientos asistencialesy sanitarios. Conduce al otorgamiento de una Especialidad. | **Folio N°** |
| **Institución** | Nombre de la Institución donde el usuario realizó su Residencia. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año en que el usuario inició y año en que egresó.(adjuntar certificado de residencia completa) |
| **Datos del programa académico****Residencia Profesional en** | Nombre de la especialidad de la Residencia profesional del usuario. |
| **Beca** | Posesión de beca por el usuario durante la realización de la Residencia: Sí o No.  |
| **Agencia financiadora** | Nombre de la Institución que concedió la beca al usuario (si corresponde). |
| **Jefatura de Residencia** | Año en que el usuario inició y año en que finalizó la Jefatura. | **Folio N°** |
| **Instructor de Residencia** | Año en que el usuario inició y año en que finalizó la Instrucción de Residentes. (adjuntar resolución de designación). | **Folio N°** |

ó

## 2.8. Formación y capacitación profesional: Residencia de Segundo Nivel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.8. Residencia de Segundo Nivel** | Tiene por objeto complementar la formación del profesional de la salud ejercitándolo en el desempeño de las disciplinas correspondientes mediantela adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad. Se realiza en establecimientos asistencialesy sanitarios. Conduce al otorgamiento de una Subespecialidad. | **Folio N°** |
| **Institución** | Nombre de la Institución donde el usuario realizó su Residencia. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año en que el usuario inició y año en que egresó.(adjuntar certificado de residencia completa) |
| **Datos del programa académico****Residencia Profesional en** | Nombre de la especialidad de la Residencia profesional del usuario. |
| **Beca** | Posesión de beca por el usuario durante la realización de la Residencia: Sí o No. |
| **Agencia financiadora** | Nombre de la Institución que concedió la beca al usuario (si corresponde). |
| **Jefatura de Residencia** | Año en que el usuario inició y año en que finalizó la Jefatura. | **Folio N°** |
| **Instructor de Residencia** | Año en que el usuario inició y año en que finalizó la Instrucción de Residentes.(adjuntar resolución de designación) | **Folio N°** |

## 2.9. Formación y capacitación profesional: Concurrencia programada certificada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.9. Concurrencia programada certificada(Se incluyen hasta ingresados Año 2008)** | Nombre de la concurrencia. | **Folio N°** |
| **Institución** | Nombre de la Institución. |
| **Período (año)****Inicio - Conclusión** | Año en que el usuario inició y año en que egresó de la **Concurrencia Programada.**(adjuntar certificado de concurrencia completa) |
| **Datos del programa académico** | Nombre de la especialidad de la **Concurrencia Programada.** |

## 2.10. Idiomas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.10. Idioma****(nivel B1 en adelante)** | Con probanzas de nivel completo certificado. | **Folio N°** |

## 2.11. Cursos de capacitación certificados

Nivel de formación complementaria a través de cursos de formación, capacitación o actualización vinculados con la disciplina del usuario, formación docente, formación en investigación, formación en extensión o formación en gestión.

Las actividades organizadas sólo por laboratorios y fabricantes de insumos **no serán puntuadas**. Los certificados que hayan sido expedidos por fundaciones, institucionescientíficas u ONG’s, **si serán puntuados**.

### 2.11.1. Cursos de 20 a 50 horas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | Nombre completo del curso que figura en la certificación | **Folio N°**  |
| **Institución/ entidad/ grupo organizador** | Colocar el nombre de la institución, fundación, ONG, Institución científica que organiza o avala. |
| **Lugar de realización** | Provincia o país donde se realizó el curso |
| **Año de realización** | Año de inicio y finalización del curso |
| **Calidad de participación:** | Presencial o a distancia, certificación indicando asistencia y aprobación que deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. |
|  **Presencial** |  |
|  **A distancia** |  |
|  **Con evaluación** |  |
|  **Sin evaluación** |  |

### 2.11.2. Cursos de hasta 100 (51-100) horas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | Nombre completo del curso que figura en la certificación | **Folio N°**  |
| **Institución/ entidad/ grupo organizador** | Colocar el nombre de la institución, fundación, ONG, Institución científica que organiza o avala. |
| **Lugar de realización** | Provincia o país donde se realizó el curso |
| **Año de realización** | Año de inicio y finalización del curso |
| **Calidad de participación:** | Presencial o a distancia, certificación indicando asistencia y aprobación que deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. |
|  **Presencial** |  |
|  **A distancia** |  |
|  **Con evaluación** |  |
|  **Sin evaluación** |  |

### 2.11.3. Cursos de hasta 200 (101-200) horas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | Nombre completo del curso que figura en la certificación | **Folio N°**  |
| **Institución/ entidad/ grupo organizador** | Colocar el nombre de la institución, fundación, ONG, Institución científica que organiza o avala. |
| **Lugar de realización** | Provincia o país donde se realizó el curso |
| **Año de realización** | Año de inicio y finalización del curso |
| **Calidad de participación:** | Presencial o a distancia, certificación indicando asistencia y aprobación que deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. |
|  **Presencial** |  |
|  **A distancia** |  |
|  **Con evaluación** |  |
|  **Sin evaluación** |  |

### 2.11.4. Cursos de más de 200 horas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | Nombre completo del curso que figura en la certificación | **Folio N°**  |
| **Institución/ entidad/ grupo organizador** | Colocar el nombre de la institución, fundación, ONG, Institución científica que organiza o avala. |
| **Lugar de realización** | Provincia o país donde se realizó el curso |
| **Año de realización** | Año de inicio y finalización del curso |
| **Calidad de participación:** | Presencial o a distancia, certificación indicando asistencia y aprobación que deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. |
|  **Presencial** |  |
|  **A distancia** |  |
|  **Con evaluación** |  |
|  **Sin evaluación** |  |

## 2.12. Eventos científicos: Congreso, Seminario, Simposio, Jornada, Conferencias, Otros. Tipos de participación.

### 2.12.1. Presidente, Vicepresidente, Presidente Científico, Coordinador, Secretario, Miembro del Comité Organizador y/o Científico y/o Evaluador de trabajos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | Nombre completo del evento al que concurrió. Deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. | **Folio N°** |
| **Institución/ entidad** | Nombre de la Institución/entidad organizadora del evento. |
| **Año de realización** | Año en que se llevó a cabo el evento. |
| **Tipo de participación** | Presidente, Vicepresidente, Presidente científico, Coordinador, Secretario, Miembro del Comité organizador y/o Científico y/o Evaluador de trabajos. |
| **Características del evento. País – Ciudad - Provincia** | Regionalización y lugar de realización del evento. Si el evento solo otorgó certificación electrónica, además de completar todos los campos, deberá agregar la web institucional donde se pueda verificar la probanza. |
| **Regionalización**  | **Local** | **Regional** | **Nacional** | **Internacional** | **Mundial** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |  |  |
| **Página Web** |  |

### 2.12.2. Disertante/dictante/conferencista/panelista (conferencia plenaria, conferencia, foro, panel, mesa redonda, autor/a de trabajo, Organizador o

### Secretario de Taller en evento científico mayor, otros).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | Nombre completo del evento al que concurrió. Deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. | **Folio N°** |
| **Institución/ entidad** | Nombre de la Institución/entidad organizadora del evento. |
| **Año de realización** | Año en que se llevó a cabo el evento. |
| **Tipo de participación** | Disertante/ dictante/ conferencista/ panelista (conferencia, conferencia plenaria, foro, panel, mesa redonda, otras). Autor de trabajo, coordinador de taller. |
| **Características del evento. País – Ciudad - Provincia** | Regionalización y lugar de realización del evento. Si el evento solo otorgó certificación electrónica, además de completar todos los campos, deberá agregar la web institucional donde se pueda verificar la probanza. |
| **Regionalización**  | **Local** | **Regional** | **Nacional** | **Internacional** | **Mundial** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |  |  |
| **Página Web** |  |

### 2.12.3. Otras participaciones activas: Coordinador, Presidente oSecretario de mesa redonda, Participante de foro o evento similar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | Nombre completo del evento al que concurrió. Deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. | **Folio N°** |
| **Institución/ entidad** | Nombre de la Institución/entidad organizadora del evento. |
| **Año de realización** | Año en que se llevó a cabo el evento. |
| **Tipo de participación** | Otras participaciones: coordinador, presidente o secretario de mesa redonda; participante de foro o evento similar; colaborador, participante de taller; discutidor y/o comentador de trabajo; experto invitado. Ateneos interhospitalarios, hospitalarios o de áreas departamentales (presentador, discutidor o miembro del comité organizador. |
| **Características del evento. País – Ciudad - Provincia** | Regionalización y lugar de realización del evento. Si el evento solo otorgó certificación electrónica, además de completar todos los campos, deberá agregar la web institucional donde se pueda verificar la probanza. |
| **Regionalización**  | **Local** | **Regional** | **Nacional** | **Internacional** | **Mundial** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |  |  |
| **Página Web** |  |

### 2.12.4. Presentación de trabajos/posters (Comunicador, Expositor, Relator, Disertante de Trabajos presentados)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | Nombre completo del evento al que concurrió. Deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. | **Folio N°** |
| **Institución/ entidad** | Nombre de la Institución/entidad organizadora del evento. |
| **Año de realización** | Año en que se llevó a cabo el evento. |
| **Tipo de participación** | Presentación de trabajos/post. |
| **Características del evento. País – Ciudad - Provincia** | Regionalización y lugar de realización del evento. Si el evento solo otorgó certificación electrónica, además de completar todos los campos, deberá agregar la web institucional donde se pueda verificar la probanza. |
| **Regionalización**  | **Local** | **Regional** | **Nacional** | **Internacional** | **Mundial** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |  |  |
| **Página Web** |  |

### 2.12.5. Asistente, miembro titular o similar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | Nombre completo del evento al que concurrió. Deberá coincidir con la/s probanza/s presentadas. | **Folio N°** |
| **Institución/ entidad** | Nombre de la Institución/entidad organizadora del evento. |
| **Año de realización** | Año en que se llevó a cabo el evento. |
| **Tipo de participación** | Asistente, miembro titular o similar. |
| **Características del evento. País – Ciudad - Provincia** | Regionalización y lugar de realización del evento. Si el evento solo otorgó certificación electrónica, además de completar todos los campos, deberá agregar la web institucional donde se pueda verificar la probanza. |
| **Regionalización**  | **Local** | **Regional** | **Nacional** | **Internacional** | **Mundial** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |  |  |
| **Página Web** |  |

##### **3. Docencia**

##### **3.1 Disertante por horas.Se debe completar una caja por cada actividad.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Docencia/Enseñanza** | Dictado de curso(s) o clase de formación académica en Institución educativa. | **Folio N°** |
| **Período o fecha** | Período de realización de la actividad de Docencia/Enseñanza: Fecha de inicio y finalización . |
| **Nivel** | Nivel del sistema educativo al que corresponde el curso de formación académica dictado por el usuario: Primario, secundario, superior no universitario o terciario, superior universitario de grado; posgrado/perfeccionamientoAclarar si es de Extensión, Perfeccionamiento, Especialización, Otro. |
| **Programa académico** | Nombre de la carrera en la cual el usuario dictó la clase o curso de formación académica. |
| **Curso o clase dictada** | Nombre del curso o clase de formación académica o charla de extensión comunitaria dictado. |
| **Carga horaria** | .Numero de horas dictadas por el usuario |

##### **3.2.Participación en Órganos colegiados, Consejos, Comisiones, Consultorías. Otras participaciones similares por período.**

##### **Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase de participación** | Participación como miembro titular o suplente o delegado o representante. | **Folio N°** |
| **Nombre del órgano colegiado** | Denominación del Órgano Colegiado, Consejo, Comisión, Consultora. |
| **Institución** | Nombre de la Institución. |
| **Período** | Año de inicio y finalización en que ocurrió la participación. |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

##### **3.3.Participación en Dirección de Carrera, cargos de administración, gestión universitaria. Se debe completar una caja por cada participacion**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase de participación** | Aclarar denominación o cargo de la participación. | **Folio N°** |
| **Nombre de la carrera y cargo** | Cargos de administración: Decano, Vicedecano, Secretarios, Comisión, Comité académico/Comité Consultor, Director de Carrera |
| **Institución** | Nombre de la Institución  |
| **Período** | Año de inicio y finalización en que ocurrió la participación  |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

##### **3.4.Docencia o enseñanza de Grado. Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la asignatura, materia o curso** | Especifique nombre de la asignatura, materia, o curso. | **Folio N°** |
| **Institución/entidad** | Institución educativa. Año de la carrera o Curso donde se desempeña (por cada asignatura o curso de gestión académica por año)  |
| **Tipo de participación** |  |
| **3.4.1. Director o Co-Director**  |  |
| **3.4.2.Profesor titular y asociado****por Concurso/Efectivo.**  |  |
| **3.4.3. Profesor titular y asociado sin Concurso**  |  |
| **3.4.4. Profesor adjunto por Concurso/Efectivo**  |  |
| **3.4.5. Profesor adjunto sin Concurso o director o codirector cursos longitudinales de RMP \*** |  |
| **3.4.6. JTP o docente auxiliar por Concurso/Efectivo.**  |  |
| **3.4.7. JTP o docente auxiliar sin Concurso/Interino.**  |  |
| **3.4.8. Docente ad honorem (por cada actividad)** |  |
| **Período** | Especificar período de tiempo de cada cargo según conste en la certificación pertinente. |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

\* RMP: Relación Médico Paciente

##### **3.5.Docencia o enseñanza en carreras universitarias de Posgrado. Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominación de la Carrera de Posgrado Universitaria** | Denominación de la Carrera. | **Folio N°** |
| **Nombre de la asignatura, materia o curso** | Denominación de la asignatura, materia o curso. |
| **Institución/entidad** | Institución educativa. |
| **Tipo de participación** | **3.5.1. Docente estable** | **3.5.2. Docente invitado** | **3.5.3. Docente ad honorem** |
| **(Marcar opción con X)** |  |  |  |
| **Fecha o Período** | Especificar fecha o período de tiempo de cada cargo según conste en la certificación pertinente. |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

##### **3.6.Extensión extracurricular. Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la actividad extracurricular** | Denominación. | **Folio N°** |
| **Institución/entidad** | Institución o entidad organizadora |
| **Tipo de participación** | Dictante, Integrante de equipo o similar. |
| **Fecha o Período** | Especificar fecha o periodo de tiempo de cada cargo según conste en la certificación pertinente. |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

##### **3.7.Trabajos dirigidos, tutorías. Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominación de la Carrera de Posgrado Universitaria** | Denominación de la Carrera de Posgrado Universitario. | **Folio N°** |
| **Nombre de la tesis o trabajo final integrador** | Denominación de la tesis o trabajo final integrador. |
| **Institución/entidad** | Institución educativa. |
| **Tipo de participación** |  |
| **3.7.1. Director de tesis de Doctorado** |  |
| **3.7.2. Jurado de tesis de Doctorado** |  |
| **3.7.3. Director de tesis de Maestría** |  |
| **3.7.4. Jurado de tesis de Maestría** |  |
| **3.7.5. Tutor de Tesina o trabajo final Carrera de Especialización** |  |
| **3.7.6. Tutor de trabajo final Curso de Posgrado** |  |
| **3.7.7. Tutor cursos on-line por año** |  |
| **Fecha**  | Especificar fecha según conste en la certificación pertinente. |
| **Información adicional** | Datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

###### **4.INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO: Se debe completar una caja por cada participación.**

**4.1.Dirección o Co-Dirección de Investigaciones concluidas certificadas por Universidad Nacional, Fundaciones u otros entes de acreditación (CONICET-DICYT).**

**Se debe completar una caja por cada participación como Director o Co-Director en investigación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Investigación / Desarrollo** | Nombre de la Investigación. | **Folio N°** |
| **Año de inicio y finalización** | Año de inicio y de finalización del proyecto de investigación y desarrollo. |
| **Tipo/Clase** **Tipo de investigación o** **Desarrollo ejecutado****en el proyecto:** | **Investigación Básica: (**Trabajos experimentales o teóricos que se emprenden fundamentalmente para obtener nuevos conocimientos acerca de los fundamentos de fenómenos y hechos observables, sin pensar en darles ninguna aplicación o utilización determinada).**Investigación Aplicada:** (Trabajos originales realizados para adquirir nuevos conocimientos pero, a diferencia de la investigación básica, dirigida fundamentalmente hacia un objetivo práctico específico).**Desarrollo Experimental:**(Trabajos sistemáticos basados en los conocimientos existentes, derivados dela investigación y/o la experiencia práctica, dirigidos a la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; al establecimiento de nuevos procesos, sistemas y servicios;o a la mejora sustancial de los ya existentes). |
| **Institución que avala** | Nombre de la institución (organismo, universidad) que otorga el aval académico. |
| **Institución financiadora** | Nombre de la institución (organismo, universidad, empresa o entidad sin fines de lucro) que otorga el financiamiento del proyecto. |
| **Producción intelectual relacionada al proyecto de investigación** | Ítems de la producción bibliográfica y/o técnica vinculados al proyecto de investigación y desarrollo. |
| **Trabajos dirigidos/tutorías relacionadas al proyecto de investigación** | Trabajos dirigidos/tutorías concluidas vinculadas al proyecto de investigación y desarrollo. Podrá marcar de toda la producción intelectual que aparecerá detallada, la relacionada al proyecto en cuestión.  |

**4.2.Investigador / Becario de Investigaciones concluidas certificadas por Universidad Nacional, Fundaciones u otros entes de acreditación (CONICET-DICYT).**

**Se debe completar una caja por cada participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Investigación / Desarrollo** | Nombre de la Investigaciòn. | **Folio N°** |
| **Rol en la investigación** | Aclarar si fue investigador principal o becario de investigación. |
| **Año de inicio y finalización** | Año de inicio y de finalización del proyecto de investigación y desarrollo. |
| **Tipo/Clase** **Tipo de investigación o** **Desarrollo ejecutado****en el proyecto:** | **Investigación Básica: (**Trabajos experimentales o teóricos que se emprenden fundamentalmente para obtener nuevos conocimientos acerca de los fundamentos de fenómenos y hechos observables, sin pensar en darles ninguna aplicación o utilización determinada).**Investigación Aplicada:**(Trabajos originales realizados para adquirir nuevos conocimientos pero, a diferencia de la investigación básica, dirigida fundamentalmente hacia un objetivo práctico específico).**Desarrollo Experimental:** (Trabajos sistemáticos basados en los conocimientos existentes, derivados de la investigación y/o la experiencia práctica, dirigidos a la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; al establecimiento de nuevos procesos, sistemas y servicios;o a la mejora sustancial de los ya existentes). |
| **Institución que avala** | Nombre de la institución (organismo, universidad) que otorga el aval académico. |
| **Institución financiadora** | Nombre de la institución (organismo, universidad, empresa o entidad sin fines de lucro) que otorga el financiamiento del proyecto. |
| **Producción intelectual relacionada al proyecto de investigación** | Ítems de la producción bibliográfica y/o técnica vinculados al proyecto de investigación y desarrollo.Lo puede repetir en ítem publicaciones si correspondiera. |

**5.PRODUCCION BIBLIOGRÁFICA: Se debe completar una caja por cada producción bibliográfica.**

**5.1.Artículos publicados en revistas científicas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase** | Artículo completo o resumen publicado en revista científica. | **Folio N°** |
| **Título** | Título del artículo publicado. |
| **Año** | Año de publicación. |
| **País de la publicación** | País de edición. |
| **Idioma de la publicación** | Idioma en el que fue publicado. |
| **Medio de divulgación** | Medio en el que fue publicado el artículo (internet, papel, otro). |
| **Sitio Web (URL)** | Dirección electrónica de la página Web donde aparece el artículo. |
| **Título de la revista/journal en la cual fue publicado el artículo** | Nombre de la revista científica en la cual fue publicado el artículo. Aclarar si tiene Referato o no. |
| **Referato (Marcar opción con X)** | **5.1.1. Conreferato ( )** | **5.1.2. Sin referato ( )** |
| **ISSN** | International Standard Serial Number. Este número identifica unívocamente la revista en la cual fue publicado el texto de divulgación. |
| **Volumen** | Volumen de la revista científica en la cual fue publicado el artículo. |
| **Fascículo** | Número de fascículo de la revista en la cual fue publicado el artículo o número de identificación del artículo. |
| **Página inicial** | Número de la página inicial del artículo. |
| **Página final** | Número de la página final del artículo. |
| **Autor(es) orden presentación** | Nombre(s) y apellido(s) del (de los) autor(es) del artículo, completo(s) o en la forma en que es(son) citado(s). |
| **Palabras clave** | Hasta 6 (seis) palabras claves que clasifican el artículo. |
| **Información adicional** | Resumen del artículo u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres.  |

**5.2.Libros científicos o capítulospublicados**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase(Marcar opción con X)** | **5.2.1. Capítulo publicado ( )** | **5.2.2. Libro publicado ( )** | **Folio N°** |
| **Formato (Marcar opción con X)** |  **Digital ( ) Papel ( )** |
| **Títulodel libro****Titulo del capítulo** | Título del libro (sólo para libro publicado y libro organizado o edición).Título del capítulo (sólo para capítulo de libro publicado). |
| **Año** | Año de publicación. |
| **País de la publicación** | País de edición. |
| **Idioma de la publicación** | Idioma en el que fue publicado. |
| **Número de volúmenes** | Número de volúmenes del libro. |
| **Número de páginas** | Número de páginas del libro. |
| **ISBN** | International Standard Book Number. Este número identifica unívocamente el libro. Está formado por diez dígitos , que el usuario debe indicar excluyendo rayas y puntos (aunque la publicación los indique). |
| **Nombre de la editorial** | Nombre de la editorial donde fue publicado el libro. |
| **Ciudad de la editorial** | Ciudad de la editorial donde fue publicado el libro. |
| **Autor(es), Coautor(es),Editor(es)** | Nombre(s) y apellido(s) del (de los) autor(es) del artículo, completo(s) o en la forma en que es(son) citado(s). |

**5.3.Demás tipos de producción bibliográfica relacionados con la salud. Se debe completar una caja por cada producción.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase** | Trabajo completo publicado en memorias y anales de seminarios, congresos, conferencias, encuentros, simposios, etc.,o Resumen (ISBM= Libro con formato electrónico) | **Folio N°** |
| **Título** | Título del trabajo o resumen. |
| **Año** | Año de publicación del trabajo o resumen. |
| **País de la publicación** | País donde fue publicado el trabajo o resumen. |
| **Idioma de la publicación** | Idioma en el que fue publicado. |
| **Medio de divulgación** | Medio en el que fue publicado el trabajo o resumen (Internet, papel). |
| **Sitio Web (URL)** | Dirección electrónica de la página Web donde aparece el trabajo o resumen. |
| **Nombre del evento** | Nombre del seminario, congreso, conferencia, encuentro, simposio, etc. donde el trabajo o resumen publicado fue presentado. |
| **Lugar del evento** | Ciudad donde el evento fue realizado. |
| **Año de realización** | Año de realización del evento. |

**5.4.Integrante de Comité editorial o científico de Revista científica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la Revista** | Título de la Revista. | **Folio N°** |
| **Aclarar tipo de participación y período.** | **5.4.1.Director Comité Editorial ( )** | **5.4.2. Miembro Comité Editorial ( )** |

**5.5.Producción técnica en salud no calificada previamente en otros ítems**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa radio, TV, otros** | Aclarar datos correspondientes al programa | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase** | Entrevista, Mesa Redonda, Comentario, Otro. |
| **Título** | Título del Programa. |
| **Fecha-Duración (minutos)** | Año de la presentación, Fecha de la Presentación, Duración de la presentación.  |
| **País de la publicación/Ciudad** | País de la presentación – Ciudad donde fue hecha la presentación.  |
| **Medio de Emisión** | Nombre de la Radio o Canal en que el programa fue presentado. |
| **Tema** | Tema del programa. |
| **Información adicional** | Resumen de la producción u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**5.6.Desarrollo de software original patentado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Software****Tipo/Clase** | Cualquier sistema computación, programa o conjunto de programas que incluye al hardware sobre la manera como debeejecutar una tarea: incluye sistemas operativos, procesadores de textos y programas de aplicación, en general. Computacional, multimedia, otra. | **Folio N°** |
| **Título** | Título del software.  |
| **Año** | Año de conclusión de software. |
| **País** | País donde se desarrolló el software. |
| **Idioma** | Idioma principal utilizado en la interfaz del software. |
| **Medio de divulgación** | Medio en el que fue publicado el software (CD-ROM/DVD, disquete, Internet, micro filme, papel, películas/videos, varios, otro). |
| **Sitio Web (URL)** | Dirección electrónica de la página Web donde se encuentra el software. |
| **Finalidad** | Finalidad del producto. |
| **Plataforma** | Plataforma del software. |
| **Ambiente** | Ambiente del Software. |
| **Disponibilidad** | Libre acceso (Irrestricta) o con algún tipo de restricción (Restricta). |
| **Institución financiadora** | Institución que pagó o financió el desarrollo el software. |
| **Registro o Patente** | Indicar si el software producido por el usuario tiene o no registro o patente. En caso afirmativo, deberá completar la información adicional. |
| **Tipo** | Tipo de patente o registro:-Patente de Privilegio de Innovación (PI); Patente de Modelo de Utilidad (MU); Patente de Modelo Industrial (DI); Patente en el  Exterior (PE); Registro de Diseño Industrial (DI); Registro de Programa de Computadora (PC); Otra Patente; Otro Registro. |
| **Código** | Código del registro o patente. |
| **Fecha** | **De solicitud del registro o patente** | **De evaluación del registro o patente** | **De obtención del registro o patente** |
| **Autor(es)** | Orden en que el(los) autor(es) aparece(n) en el software. |
| **Citación** | Forma como el(los) autor(es) aparece(n) citado(s) en el software. |
| **Palabras clave** | Hasta 6 (seis) palabras clave que clasifican el software. |
| **Información adicional** | Resumen del software u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**5.7.Proyecto de desarrollo evaluado y certificado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Producto tecnológico** **- Categoría** | Objeto cuya producción o fabricación incluye actividades de investigación y desarrollo.Piloto, Prototipo, Proyecto, Otro | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase** | Aparato, Equipo, Fármacos y similares, Instrumento, Otra. |
| **Título** | Nombre del producto. |
| **Año** | Año de conclusión del producto. |
| **Ciudad/País** | Ciudad/País donde fue desarrollado el producto. |
| **Detalle:****Finalidad****Disponibilidad** | Finalidad del producto.Libre acceso (Irrestricta) o con algún tipo de restricción (Restricta). |
| **Institución financiadora** | Institución que pagó o financió el desarrollo el software. |
| **Registro o Patente** | Indica si el software producido por el usuario tiene o no registro o patente. En caso afirmativo, deberá completar la informaciónadicional correspondiente. |
| **Tipo** | Tipos de patente o registro: -Patente de Privilegio de Innovación (PI); Patente de Modelo de Utilidad (MU); Patente de Modelo Industrial (DI); Patente en el  Exterior (PE); Registro de Diseño Industrial (DI); Registro de Programa de Computadora (PC); Otra Patente; Otro Registro. |
| **Código** | Código del registro o patente. |
| **Fecha** | **De solicitud del registro o patente** | **De evaluación del registro o patente** | **De obtención del registro o patente** |
| **Autor(es) orden presentación** | Orden en que el(los) autor(es) aparece(n) en el software. |
| **Citación** | Forma como el(los) autor(es) aparece(n) citado(s) en el software. |
| **Palabras clave** | Hasta 6 (seis) palabras clave que clasifican el software. |
| **Información adicional** | Resumen del software u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**5.8.Proyecto de gestión, desarrollo logístico, técnicas o aplicaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo/Clase** | Campo de libre llenado por el usuario. | **Folio N°** |
| **Título** | Título del proyecto. |
| **Año** | Año del material didáctico o de instrucción. |
| **Ciudad/País** | Ciudad/País de origen.  |
| **Idioma** | Idioma en que se realizó el proyecto. |
| **Medio de divulgación** | Medio de divulgación del material didáctico o de instrucción (CD-ROM/DVD, disquete, Internet, micro filme, papel, películas/videos, varios, otro). |
| **Sitio Web (URL)** | Dirección electrónica de la página Web de divulgación del material didáctico o de instrucción.  |
| **Finalidad** | Finalidad del proyecto. |
| **Autor(es) orden presentación** | Nombre(s) y apellido(s) del (de los) autor(es) del software, completo(s) o en la forma en que es(son) citado(s). |
| **Citación** | Forma como el(los) autor(es) aparece(n) citado(s) en el software. |
| **Palabras clave** | Hasta 6 (seis) palabras clave que clasifican el software. |
| **Información adicional** | Resumen del software u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**6.EXTENSIÓN: Se debe completar una caja por cada actividad o participación.**

**6.1.Actividades comunitarias, que se desarrollan en terreno, certificadas.**

**6.1.1.Actividades formalizadas en proyectos con objetivos a cumplir y evaluación de resultados**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad de extensión realizada** | Nombre de la actividad de extensión extracurricular realizada. | **Folio N°** |
| **Tipo** | Actividad formalizada en proyectos, con objetivos a cumplir y evaluación de resultados. |
| **Institución o usuario beneficiario** | Aclarar donde se desarrolla la actividad y eventuales beneficiarios. |
| **Período****Inicio: Mes-Año** | Período de realización de la actividad de Extensión extracurricular.Mes y año de inicio de la actividad de Extensión extracurricular.  |
| **Fin: Mes-Año** | Mes y año de finalización de la actividad de Extensión extracurricular (si corresponde). |
| **Rol del usuario** | Aclarar tipo de participación: autoría del proyecto, planificación, seguimiento, evaluación, participación presencial, otro tipo.  |
| **Institución que avala la actividad** | Detallar Institución que convoca o avala la actividad. |
| **Información adicional** | Resumen de la producción u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**6.1.2. Actividad Eventual:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad de extensión realizada** | Nombre de la actividad eventual realizada. | **Folio N°** |
| **Tipo** | Actividad Eventual. |
| **Institución o usuario beneficiario** | Aclarar donde se desarrolla la actividad y eventuales beneficiarios. |
| **Período****Inicio: Mes-Año** | Período de realización de la actividad eventual.Mes y año de inicio de la actividad eventual. |
| **Fin: Mes-Año** | Mes y año de finalización de la actividad eventual (si corresponde). |
| **Rol del usuario** | Aclarar tipo de participación: autoría del proyecto, planificación, seguimiento, evaluación, participación presencial, otro tipo. |
| **Institución que avala la actividad** | Detallar Institución que convoca o avala la actividad. |
| **Información adicional** | Resumen de la producción u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**6.2. Actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la población que asiste, dentro del efector, acreditadas.**

**6.2.1. Actividades formalizadas en proyecto, con objetivos a cumplir y evaluación de resultados**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad de promoción de la salud y prevención de enfermedades realizadas** | Nombre de la actividad de extensión extracurricular realizada durante el período de referencia en la institución indicada. | **Folio N°** |
| **Tipo: proyecto**  | Actividad formalizada en proyectos, con objetivos a cumplir y evaluación de resultados. |
| **Período****Inicio: Mes-Año** | Período de realización de la actividad de Extensión extracurricular.Mes y año de inicio de la actividad de Extensión extracurricular. |
| **Fin: Mes-Año** | Mes y año de finalización de la actividad de Extensión extracurricular (si corresponde). |
| **Rol del usuario** | Aclarar tipo de participación: autoría del proyecto, planificación, seguimiento, evaluación, participación presencial, otro tipo. |
| **Información adicional** | Resumen de la producción u otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**6.2.2. Intervención Eventual**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad de promoción de la salud y prevención de enfermedades realizadas** | Nombre de la actividad eventual realizada. | **Folio N°** |
| **Tipo** | Actividad eventual  |
| **Período****Inicio: Mes-Año** | Período de realización de la actividad eventual.Mes y año de inicio de la actividad eventual. |
| **Fin: Mes-Año** | Mes y año de finalización de la actividad eventual (si corresponde). |
| **Rol del usuario** | Aclarar tipo de participación: autoría del proyecto, planificación, seguimiento, evaluación, participación presencial, otro tipo. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2.000 caracteres. |

**7. ACTIVIDAD ASISTENCIAL:**

**7.1. Antigüedad profesional por año, hasta un máximo de 15 años– Deberá presentar las certificaciones correspondientes en carpeta de probanzas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo de vínculo o relación laboral (marque1 opción)** |  |
| **7.1.1. Cargo de planta permanente efectivo con concurso**  |  |  |
| **7.1.2. Cargo de planta permanente efectivo sin concurso**  |  |  |
| **Profesional interino****7.1.3.1. Con selección interna** **7.1.3.2. Sin selección interna**  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Profesional temporario****7.1.4.1. Hasta 6 meses****7.1.4.2. Hasta 1 año**  |  |
|  |  |
|  |  |
| **7.1.5. Profesional reemplazante por mes** |  |  |
| **Profesional contratado****7.1.6.1. Con selección interna****7.1.6.2. Sin selección interna**  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Función desempeñada** | Cargo o función desempeñada por el usuario en la Institución indicada. |
| **Período****Inicio: Mes-Año****Fin: Mes-Año** | Período de vínculo laboral del usuario con la Institución.  |
| Mes y año en que el usuario inició el vínculo laboral con la Institución indicada. |
| Mes y año en que el usuario finalizó el vínculo laboral con la Institución indicada. (Si corresponde). |
| **Carga horaria semanal** | Horas semanales (promedio anual) dedicadas al trabajo en la Institución indicada. |
| **Dedicación** | Dedicación exclusiva o no exclusiva del usuario en la Institución indicada. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes. |

**8. GESTIÓN ASISTENCIAL: Se debe completar una caja por cada por cada actividad, por período. Presentar las certificaciones correspondientes en la carpeta de probanzas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo de vínculo(marque 1opción)** |  |
| **8.1. Jefatura de Sección**  **8.1.1. Por concurso** **8.1.2. Por selección interna** **8.1.3. Sin concurso** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **8.2. Jefatura de Servicio** **8.2.1. Por concurso** **8.2.2. Por selección interna** **8.2.3. Sin concurso** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **8.3. Jefatura de Departamento** |  |
|  **8.3.1. Por concurso**  |  |  |
| **8.3.2. Por selección interna** |  |  |
| **8.3.3. Sin concurso** |  |  |
| **8.4. Director o Encargado de la Dirección del Centro de Salud** **8.4.1. Por concurso** **8.4.2. Por selección interna** **8.4.3. Sin concurso** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **8.5. Gerencia Asistencial por concurso**  |  |  |
| **8.6. Miembro del directorio por concurso o elección de pares** |  |  |
| **Función desempeñada** |  |
| **Período** | Período de vínculo laboral del usuario con la Institución. |
| **Inicio: Mes-Año** | Mes y año en que el usuario inició el vínculo laboral con la Institución indicada. |
| **Fin: Mes-Año** | Mes y año en que el usuario finalizó el vínculo laboral con la Institución indicada. (Si corresponde). |
| **Carga horaria semanal** | Horas semanales (promedio anual) dedicadas al trabajo en la Institución indicada. |
| **Dedicación** | Dedicación exclusiva o no exclusiva del usuario en la Institución indicada. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes. |

**9. PREMIOS Y MENCIONES (incluye abanderado y escolta de Grado):**

**9.1. Premios (completar una caja por cada uno)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | Nombre del premio o título honorífico recibido por el usuario. | **Folio N°** |
| **Tipo de premio** | Aclarar si se trata de premio personal, por investigación, extensión u otro tipo. Se debe aclarar si es de índole local,regional o internacional. |
| **Índole (marque 1 opción)** | **9.1.1. Local ( )** | **9.1.2. Regional ( )** | **9.1.3. Nacional ( )** | **9.1.4. Internacional ( )** |
| **Entidad promotora** | Nombre de entidad que otorgó el premio o título honorífico al usuario. |
| **Año** | Año de recepción del premio o título honorífico. |

**9.2. Menciones (completar una caja por cada una)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | Nombre de la mención o título honorífico recibido por el usuario. | **Folio N°** |
| **Tipo de premio** | Aclarar si se trata de mención personal, por investigación, extensión u otro tipo. Se debe aclarar si es de índole local,regional o internacional. |
| **Índole (marque 1 opción)** | **9.2.1. Local ( )** | **9.2.2. Regional ( )** | **9.2.3. Nacional ( )** | **9.2.4. Internacional ( )** |
| **Entidad promotora** | Nombre de entidad que otorgó el premio o título honorífico al usuario. |
| **Año** | Año de recepción de la mención. |

**10. ACTIVIDADES EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS (completar una caja por período y por participación):**

**Participación activa en Sociedades científicas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** | Participación como integrante titular o suplente de la comisión directiva de la entidad. Integrante de la Comisión científica.Delegado. Representante. Participación en Comisiones. Congresal. |
| **10.1.1. Integrante Comisión Directiva Local** |  |  |
| **10.1.2. Integrante Comisión Directiva Nacional** |  |  |
| **10.2.1. Integrante Comisión Científica Local** |  |  |
| **10.2.2. Integrante Comisión Científica Nacional** |  |  |
| **10.3.1. Representante Local** |  |  |
| **10.3.2. Representante Nacional** |  |  |
| **Período** | Año de inicio y finalización en la que el usuario participó. |
| **País/ Provincia/Estado/Región** | País de localización de la Institución en la que el usuario participó en el comité de evaluación.Provincia (en Argentina) o Estado/Región (o principal jurisdicción en otros países integrantes de la Red ScienTI) de localización de la Institución en la que el usuario participó en el comité de evaluación. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**11. ACTIVIDADES EN ASOCIACIONES PROFESIONALES (completar una caja por período y por participación):**

**Participación activa en Asociaciones profesionales.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** |  |
| **11.1. Integrante Comisión Directiva** |  |  |
| **11.2. Integrante Comisión Científica** |  |  |
| **11.3. Representante**  |  |  |
| **Período** | Año de inicio y finalización en la que el usuario participó. |
| **País/ Provincia/Estado/Región** | Localización de la Institución en la que el usuario participó. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**12. ACTIVIDADES EN ÓRGANOS COLEGIADOS (completar una caja por período y por participación):**

 **Jurado/comisiones evaluadoras**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** |  |
| **12.1. Junta Calificadora de Mérito Provincial** |  |  |
| **12.2. Miembros del Jurado de Concurso** |  |  |
| **12.3. Consejo Deontológico** |  |  |
| **12.4. Junta Provincial de Salud Laboral** |  |  |
| **12.5. Comisión Provincial de Reclamos y Disciplina** |  |  |
| **12.6. Comisión Provincial de Capacitación, Docencia e Investigación** |  |  |
| **Período** | Año de inicio y finalización en la que el usuario participó. |
| **País/ Provincia/Estado/Región** | Localización de la Institución en la que el usuario participó. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**13. ASESORES CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS: convocados por el Estado o Universidades o Gremiospara trabajar en comisiones especiales.**

 **Se debe completar una caja por período y por participación.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** |  |
| **13.1. Consejo Asesor Directivo. Comisión Permanente de Residencias** | Integrante de la Comisión Permanente de Residencia. Consejo Asesor Directivo. |  |
| **13.2. Otros de rango provincial o nacional** | Otras de rango Provincial o Nacional. |  |
| **Período** | Año de participación en la evaluación del trabajo. |
| **País/ Provincia/Estado/Región** | Localización de la Institución en la que el usuario participó. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**14. INTEGRANTES EN COMITÉS EN DISTINTOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O ÁREAS DEPARTAMENTALES.**

 **Completar una caja por período y por cada participación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase** | Integrantes de Comités hospitalarios o de CAPS. |
| **Período** | Año de participación en la evaluación del trabajo. |
| **Norma legal** | Con Norma Legal con número de Resolución certificada por Institución. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**15. ACTIVIDADES EN ASOCIACIÓN GREMIAL PROFESIONAL (completar una caja por período y por participación):**

 **Participación activa en Instituciones gremiales.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución en la que el usuario participó. | **Folio N°** |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** |  |
| **15.1. Integrante Comisión Ejecutiva** |  |  |
| **15.2. Congresal Nacional y Provincial** |  |  |
| **15.3. Delegados** |  |  |
| **Período** | Año de inicio y finalización en la que el usuario participó. |
| **País/ Provincia/Estado/Región** | Localización de la Institución en la que el usuario participó. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**16. BECAS POR MÉRITO, NO CONSIDERADAS EN ÍTEMS ANTERIORES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institución** | Nombre de la Institución otorgante. | **Folio N°** |
| **Título** | Detallar Título de la beca otorgada. |
| **Tipo/Clase (marque 1 opción)** |  |
| **16.1. Por concurso** |  |  |
| **16.2. Sin concurso** |  |  |
| **Período** | Año que le fue otorgada la beca. |
| **Información adicional** | Otros datos complementarios que el usuario juzgue relevantes, hasta 2000 caracteres. |

**17. Ley 7759 CCT – ART. 69º, INCISOS 8 Y 11 Y DECRETO 2043/2015 – ART. 1º REGLAMENTARIO DEL ART. 28º DE LA LEY 7759**

**17.1. Personas: Cónyuge, pariente consanguíneo en línea directa, colateral hasta el cuarto grado o por afinidad hasta el segundo.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre(s)** | Nombre del cónyuge. |
| **Apellido(s)** | Apellido del cónyuge. |
| **Apellido(s) de casada** | Apellido de casada de/l o la postulante. |
| **Documento de identidad** | Número de Documento Nacional de Identidad. |
| **Tipo** | Tipo de Documento Nacional de Identidad. |