



**ESCUELA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**FORMULARIO DE RECEPCIÓN Y CALIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROGRAMA REQUIERE EXPERIENCIA PREVIA**

NOMBRE DEL POSTULANTE:					FECHA DE RECEPCIÓN		HORA	
Nº	ÍTEM	TOPE	PRESENTADO			CALIFICACIÓN		
			Nº	NO	NA	Unitaria	TOPE	NOTA
1	Pago de inscripción al proceso USFQ	1				NA	NA	NA
2	Autorización para incluir información personal en data base	1				NA	NA	NA
3	Hoja de datos personales y fotografía	1				NA	NA	NA
4	Documento de identificación / pasaporte	1				NA	NA	NA
5	Declaración juramentada de NO estar cursando posgrado	1				NA	NA	NA
6	Título de médico con registros de ACESS y SENESCYT	3				NA	NA	NA
7	Título de especialista con registros de ACESS y SENESCYT	3				NA	NA	NA
8	Aprobación del examen de habilitación profesional	1				NA	NA	NA
9	Certificado de Medicina Rural	1				NA	NA	NA
10	Acta de grado (Cálculo del índice de mérito académico)	1				12,00	12,00	
11	Mejor egresado de su promoción	1				1,00	1,00	
12	Título de doctorado, otra especialidad o maestría	1				1,00	1,00	
13	Relación laboral con una institución	1				NA	NA	NA
14	Libro o capítulo de libro: portada, página 1	1				1,00	1,00	
15	Artículos en revistas como autor (Art. 8)	2				0,75	1,50	
16	Artículos en revistas indexadas como coautor (Art. 8)	2				0,25	0,50	
17	Asistencia a congresos y cursos dirigidos Ed. Cont. USFQ	2				0,50	1,00	
18	Asistencia a congresos y cursos nacionales (Art. 4)	4				0,25	1,00	
19	Asistencia a congresos y cursos internacionales	2				1,00	2,00	
20	Presentación de trabajos congresos o cursos Ed. Cont. USFQ	1				0,50	0,50	
21	Presentación de trabajos en congresos o cursos nacionales (Art. 4)	2				0,25	0,50	
22	Presentación de trabajos en congresos o cursos internacionales	2				1,00	2,00	
23	Residencia asistencial anual y mecanizado del IESS	2				1,00	2,00	
24	Calificación de Talento Humano de la unidad asistencial	N				2,00	2,00	
25	Calificación de Docencia de la unidad asistencial	N				1,00	1,00	
26	Acciones afirmativas	4				0,25	1,00	
<b>PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE CALIFICACIÓN DE MÉRITOS: NOTA TOTAL</b>								<b>/30</b>

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

**FE DE RECEPCIÓN**

La Escuela de Especialidades Médicas certifica :

- Que los documentos recibidos fueron autenticados con la presentación de los originales, cuando correspondió.
- Que se recibieron \_\_\_\_\_ fojas útiles, correspondientes a \_\_\_\_\_ documentos.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE O SU DELEGADO

