



MINISTERIO DE SALUD



COMISIÓN NACIONAL DE DOCENCIA DE MÉDICOS RESIDENTES E INTERNOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SUB ESPECIALIDADES PARA MÉDICOS QUE LABORAN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO (Llenar en digital)

Nombre del Concursante _____

Cédula: _____ Celular: _____ e-mail: _____

Plaza por la cual concursará: _____

Región donde labora: _____ Institución de Salud: MINSa__ CSS__ Otra_____

Cantidad de páginas Entregada: _____ Fecha de recepción de documentos: _____

1.	Original y una fotocopia de la cedula de identidad personal	
2.	Original y una fotocopia del Diploma de título de médico.	
3.	Original y una fotocopia de la Idoneidad profesional de Medico General	
4.	Original y una fotocopia del certificado de terminación de la especialidad básica	
5.	Original y una fotocopia de la certificación de notas de la especialidad	
6.	Original y una fotocopia Idoneidad de Médico Especialista o constancia de la idoneidad en trámite.	
7.	Dos fotografías tamaño carné reciente y con su nombre completo al reverso de ella.	
8.	Hoja de vida incluyendo original y fotocopias de ejecutorias	
9.	Certificado de buena salud física (Original)	
10.	Certificado de buena salud mental (Original)	
11.	Original y una fotocopia dos cartas de recomendación de la especialidad	
12.	Nota de recursos humanos que certifique el tiempo y lugar dónde se encuentra laborando	

- **No se aceptará ninguna solicitud que no tenga cotejado todos los requisitos.**

Entregado Por (Nombre y firma)

No. de Cédula

Recibido Por

Devuelto

*No engargolar este formulario