**FORMULARIO 002- APACGO EXPEDIENTE Nº:**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL PROFESIONAL** |

|  |
| --- |
| Nombres y Apellidos: |
| Nº de Cédula de Identidad: |
| Profesión:  |
| Especialidad (de existir): |
| Nº de registro SENESCYT: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| E. mail: |
| Ciudad/Provincia: |
| Acreditación Re acreditación  |

FOTO

(FOTO)

|  |
| --- |
| **2. DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA AUSPICIANTE** |

|  |
| --- |
| Nombre de la Unidad: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| E. Mail: |
| Ciudad/Provincia: |

|  |
| --- |
| **3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTOS |  |
| Hoja de vida actualizada |  |
| Copia del contrato legalizado con la institución o unidad de salud auspiciante o documentos que demuestren la vinculación laboral |  |

**En……………………, a………………………………………… del……………**

|  |
| --- |
| **Nombre y Firma del Profesional** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre, Firma y Sello institucional del Director de la Institución o Unidad de Salud** |
|  |

|  |
| --- |
| **USO INTERNO DEL INDOT** |

|  |
| --- |
| **PROCESO DE EVALUACIÓN** |

**DOCUMENTACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **COMPLETA** | **INCOMPLETA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ACREDITACIÓN Y/O REACREDITACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **OTORGADA** | **DENEGADA** |
|  |  |  |