***Instrucciones***

* Integre al Currículum Vitae información relevante de los últimos 5 años. Ordene de manera cronológica (cursos, diplomados y/o publicaciones), iniciando por el más reciente.
* Es importante que todos los documentos sean legibles para considerarlos como evidencia documental y soporte de la evaluación. La evidencia documental debe ser adjuntada al final del *Curriculum* Vitae y subirse a la plataforma en el mismo archivo con un peso no mayor de 5 MB.
* Puede incrementar tantas filas como sean necesarias. En caso de sobrar filas, favor de eliminarlas.

1. Ficha de identificación

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS GENERALES** | |
| Nombre completo  [apellido paterno, materno y nombre(s)] |  |
| CURP |  |
| Correo electrónico |  |
| Móvil (opcional) |  |
| Teléfono de oficina y extensión |  |
| Institución o Unidad de Adscripción |  |
| Puesto |  |
| Categoría en la que concursa |  |

1. Formación Académica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado Académico** | **Nombre del Programa** | **Cédula Profesional** | **Distinciones** |
| Postdoctorado (s) |  |  |  |
| Doctorado (s) |  |  |  |
| Maestría (s) |  |  |  |
| Especialidad (es) |  |  |  |
| Licenciatura (s) |  |  |  |
| Profesional Técnico / TSU |  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental en formato PDF (Cédula Profesional). En caso de no contar con la Cédula, adjuntar el título, grado académico o certificado de bachillerato / carrera técnica.

1. Educación Continua

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diplomados** | | | |
| **Año** | **Nombre del Diplomado** | **# Horas** | **Institución Educativa / Aval** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental en formato PDF (Diplomas únicamente aquellos ≥80 horas).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cursos** | | | |
| **Año** | **Nombre del Curso** | **# Horas** | **Institución Educativa / Aval** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental en formato PDF (Constancias únicamente ≥20 horas).

1. Actividades Docentes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Docencia Universitaria** | | | | |
| **Institución Educativa** | **Asignatura / Programa** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término o Actual** | **Logros o Reconocimientos** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental en formato PDF (Constancias laborales). Dicho documento deberá estar en hoja membretada, especificar fecha de inicio y término de la actividad docente y deberá contar con firma autógrafa del Titular de la Institución Educativa. La constancia laboral no deberá ser mayor a 3 meses con relación a la fecha de registro.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades Docentes orientadas a elevar la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente** | | | |
| **Año** | **Nombre de la Actividad Académica** | **Institución** | **Tipo de participación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar constancias institucionales en formato PDF de su participación en actividades académicas como Ponente, Profesor Titular, Adjunto o invitado en Cursos, Congresos o Diplomados. Ordénelas por tipo y fecha del más reciente al más antiguo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividades Docentes orientadas a elevar la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente en la atención de pacientes con COVID-19 o para el bienestar del personal de salud durante la pandemia** | | | |
| **Año** | **Nombre de la Actividad Académica** | **Institución** | **Tipo de participación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar constancias institucionales en formato PDF de su participación en actividades académicas como Ponente, Profesor Titular, Adjunto o invitado en Cursos, Congresos o Diplomados. Ordénelas por tipo y fecha del más reciente al más antiguo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Docencia en Establecimientos de Salud (temas NO relacionados a COVID-19)** | | | |
| **Año** | **Nombre de la Actividad Académica** | **Institución** | **Tipo de participación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar constancias institucionales en formato PDF de su participación en actividades académicas como Ponente, Profesor Titular, Adjunto o invitado en Cursos, Congresos o Diplomados. Ordénelas por tipo y fecha del más reciente al más antiguo.

1. Publicaciones

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artículos** | | | | | | |
| **Nombre del artículo** | **Nombre de la Revista** | **Año** | **Vol.** | **Núm.** | **Pág.** | **Liga electrónica** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Favor de no adjuntar los artículos, agregue las direcciones o enlace electrónico para su verificación, así como enlace de las páginas web de las revistas o en su nube personal (verifique que no tengan restricción de acceso). En su defecto, puede agregar la imagen en formato PDF de la portada o página donde se pueda verificar su crédito como Autor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Libros / Capítulos en libros / Otras publicaciones impresas** | | |
| **Año** | **Nombre de la publicación** | **Editorial** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Imagen de la portada del libro y página donde se puede verificar su crédito como Autor).

1. Adscripción en Áreas de Investigación

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombramiento SNI** | Candidato (a) | I | II | III | NO |
| **Nombramiento Institucional** | SI | NO |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Constancia del Sistema Nacional de Investigadores [SNI]-CONACyT o Institucional).

1. Actividades de investigación dirigidas a mejorar la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Línea de investigación** | **Institución** | **Logros** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Imagen de la página donde se puede verificar su crédito como Investigador).

1. Actividades de investigación orientadas a mejorar la Calidad y Seguridad en Atención de pacientes con COVID-19 o para el bienestar del personal de salud durante la pandemia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Línea de investigación** | **Institución** | **Logros** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Imagen de la página donde se puede verificar su crédito como Investigador).

1. Participación en Proyectos de Mejora o acciones específicas para elevar la Calidad en Salud y Seguridad del Paciente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Nombre del Proyecto / Acción implementada** | **Logros / Impacto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Minutas de participación en proyectos o constancia institucional).

1. Participación en Proyectos de Mejora o acciones específicas para mejora de la Calidad en la Atención de pacientes de COVID-19 o para el bienestar del personal de salud durante la pandemia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año** | **Nombre del Proyecto / Acción implementada** | **Logros / Impacto** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Minutas de participación en proyectos o constancia institucional).

1. Premios, reconocimientos o distinciones

|  |  |
| --- | --- |
| **Año** | **Descripción** |
|  |  |
|  |  |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF. (Constancia de su Premio, Reconocimiento o Distinción).

1. Participación en Comités

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comité de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (COCOASEP) u otro comité de Calidad.** | SI | NO | Otro, ¿Cuál?: |  |
| **Comité de Investigación, Ética en Investigación, Bioseguridad, Hospitalario de Bioética o de Ética y Prevención de Conflicto de Interés** | SI | NO |

Favor de adjuntar evidencia documental en formato PDF (Constancia Institucional de participación en alguno de los Comités).

1. Narre al menos una experiencia de éxito en las que haya participado a nivel institucional, académico o social

|  |  |
| --- | --- |
| **Año** | **Experiencia de éxito** |
|  |  |

No es indispensable adjuntar evidencia documental. Se solicita describir al menos una experiencia de éxito donde se evidencie su liderazgo en proyectos institucionales, académicos o sociales, la narrativa no debe ser mayor a 2000 palabras por experiencia. Puede Integrar el número de experiencias que considere pertinentes.

1. Sociedades y Asociaciones con membresía vigente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vigencia hasta** | **Nombre de la Sociedad, Colegio o Asociación Profesional, Académica u Organismo de la Sociedad Civil** | **Tipo de afiliación / participación** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental en formato PDF (Constancias de Pertenencia).

**DECLARATORIAS**

El (la) que suscribe C. XXXXXXXXXXXXXX, aspirante al Reconocimiento Nacional a la Gestión de la Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud 2022 en la Categoría XXXXXXXX. Declaro que toda la información contenida en este Curriculum Vitae y evidencias es verídica y verificable.

Declaro mi total apego a las Bases de la Convocatoria y entiendo que el fallo del Jurado Calificador es inapelable.

Autorizo a la Secretaría de Salud, el uso de mis datos personales con fines de contacto durante el proceso.

En caso de verme favorecido (a) con el Reconocimiento en la Convocatoria 2022 en la Categoría concursante, ACEPTO el Reconocimiento y estoy de acuerdo con los mecanismos que me informe la DGCES para recibirlo.

Ciudad de México, a XXX de XXX de 2022

Nombre completo xxxxx

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma