

Formulario de Selección



Ministerio de Salud Pública

Favor llenar el presente formulario de forma manuscrita, escanearlo y enviarlo a ecuador.saludable.gob.ec

Nota: La información aquí proporcionada será tratada de manera confidencial.

Fecha actual:

País de Residencia actual:

Tiempo de Residencia del País retorno:

Desde: Hasta:

Si actualmente se encuentra en Ecuador, cuando fue su último ingreso al país:

Fotografía reciente insertar

Datos personales

Apellido Completos		Nombres Completos		Edad actual	
Provincia	Ciudad	Dirección		Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento		Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Cédula No _____				Pasaporte No _____	
Vive con: O Sus padres O Su familia O Parientes O Solo				Correo electrónico	
Personas que dependen de usted _____ Hijos _____ Cónyuge _____ Padres _____ Otros _____				Teléfono convencional	Teléfono Móvil
Laboró anteriormente en el Ministerio de salud pública Ecuador O Si No O contrato O nombramiento Tiempo: _____			Algún Familiar labora actualmente en esta Institución O Si O No Parentesco _____ Nombre: _____		

Documentos Requeridos

SOLO EXTRANJEROS		Registro SENESCYT O si O no O En Trámite		Último Título Registrado _____ No Registro _____ Fecha _____ Si está en trámite Fecha Trámite: _____
Visa 12 IX No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Visa IX 5 No O Si O	Movimiento Migratorio		Impedimento laboral como servidor público (MRL) O No O Si
¿Posee Carnet del CONADIS O No O Sí Nro. _____		¿Padece alguna enfermedad catastrófica o crónica? O No O Sí ¿Cuál? _____		Ha sido afiliado al IESS Patrono Fecha/ Desde hasta
Declaración de residencia		Mecanizado IESS		FECHA TITULO III NIVEL _____ FECHA TITULO IV NIVEL _____ Año Rural O si O no LUGAR Y FECHA
				Indique su actividad

Información Académica

NOMBRE DE LA INSTITUCION	TITULO RECIBIDO	FECHAS DE _____ A _____	AÑOS	OBSERVACIONES
Técnico Superior				
Universitario Profesional /III Nivel				
IV Nivel / Especialidad				
Estudios que efectúa en la actualidad:	Horario: _____	Curso o Carrera: _____		Título a obtener: _____

Empleo Actual y Anteriores

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ÚLTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
Tiempo que prestó sus Servicios				
Nombre de la Institución				
Dirección				
Teléfono				
Puesto que desempeñaba				
Grupo ocupacional: Inicial				
Final				
Motivo de separación				
Nombre de su jefe directo				
Puesto de su jefe directo				
Podríamos solicitar Informes de usted	O Sí	O No	; Por qué?	

¿Cómo se enteró de este empleo? <input type="checkbox"/> Página web <input type="checkbox"/> Visita a país de residencia <input type="checkbox"/> Embajadas/ Consulados <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> otro (especifique)		
¿Está de visita temporal en este país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Por cuanto tiempo	¿Qué fecha tiene previsto estar en el Ecuador?	
¿Estaría dispuesto a trabajar en cualquier parte del país? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (razones)	¿En qué lugar del país quisiera trabajar?	
¿En qué fecha podría presentarse a trabajar?	En caso de ser extranjero ¿Domina el idioma español? <input type="radio"/> 30 % <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 75% <input type="radio"/> 100%	Software que maneja: <input type="radio"/> Word <input type="radio"/> Excel <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Quipux

AVISO IMPORTANTE: El objetivo de “*Plan Ecuador Saludable Voy por ti*” es cubrir las necesidades Institucionales donde se requiera en el país.

El actual requerimiento existente es de médicos especialistas y sub especialistas

Hago constar que mis respuestas son verdaderas

Analista Responsable