

**FORMULARIO DE APLICACIÓN
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

- ❖ Conteste las preguntas con claridad y precisión. Escriba a máquina o con letra de imprenta, usando tinta negra.
- ❖ Incluya en el formulario todos los datos pertinentes. Si le faltara espacio, use páginas adicionales, las cuales deben ser escritas a máquina o en computadora.
- ❖ Firme el formulario y ponga la fecha donde está indicado en la última página.
- ❖ Recuerde incluir toda la documentación requerida para que su aplicación sea considerada. Sírvase ver la Descripción del Programa para los detalles sobre los criterios de elegibilidad y los documentos requeridos. (También ver lista de verificación abajo.)
- ❖ Solamente deberá enviar copias de los diplomas de obtención de grado(s) y postgrados(s). No se tomarán en consideración aquellos documentos que dejen constancia de participación en congresos o jornadas, cursos cortos de actualización, etc.

Enviar el formulario completo y todos los documentos adjuntos a la Representación de OPS/OMS en su país de residencia. Preferiblemente, y cuando sea posible, sírvase someter el formulario de aplicación y los anexos electrónicamente, adjuntando los archivos de los documentos por separado.

.....

**LISTA DE VERIFICACIÓN
(Sírvase someter con la aplicación)**

Asegurarse que **TODOS** los documentos están incluidos y que el formulario de aplicación está debidamente completado.

Documentos requeridos:

- Formulario de aplicación
- Curriculum vitae
- Copia del diploma de grado
- Copia del diploma de postgrado
- Carta de respaldo de su institución de empleo

Documentos recomendados (opcional):

- Cartas de recomendación

Tener en cuenta que:

- El formulario esté debidamente firmado y fechado
- Los documentos están sometidos en el orden indicado

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellido Paterno *

Apellido Materno

Nombre(s)

* Favor escriba en mayúsculas el APELLIDO(S) PRINCIPAL(ES) solamente.

Dirección a la que debe enviarse la correspondencia: _____

Calle

Ciudad y País

Código Postal

Teléfonos:

Oficina: () _____ Horario en que puede ser localizado: _____

Domicilio: () _____ Horario en que puede ser localizado: _____

Mobile ó celular: () _____

Fax oficina: () _____ Fax particular: () _____

Dirección electrónica: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad por nacimiento: _____

Nacionalidad actual: _____

Sexo: Masculino Femenino

Sírvase indicar si ha aplicado al anterior Programa de Formación en Salud Internacional y, en caso afirmativo, la(s) fecha(s) de su aplicación:

II. GRADOS ACADÉMICOS

Formación de postgrado (Comience por la más reciente, mencione **solamente** la formación de postgrado que le dio el título de maestro o equivalente y el de doctorado).

1. Institución y Facultad: _____

Ciudad y País: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Título/Grado obtenido (y fecha de obtención): _____

Campo de especialización: _____

2. Institución y Facultad: _____

Ciudad y País: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Título/Grado obtenido (y fecha de obtención): _____

Campo de especialización: _____

Formación de Grado (Mencione solamente la formación que le otorgó el título universitario de grado)

Institución y Facultad: _____

Ciudad y País: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Título/Grado obtenido (y fecha de obtención): _____

Campo de especialización: _____

Otra formación académica (Mencione otras especializaciones o cursos de postgrado que condujeron a un grado o título. Incluya también las residencias médicas).

Institución y Facultad: _____

Ciudad y País: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Título/Grado obtenido (y fecha de obtención): _____

Campo de especialización: _____

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL (Comience desde el puesto actual o el último puesto ocupado)

1. Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Título exacto del puesto: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Ciudad y País: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Nombre del supervisor: _____

Sector de actividad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de SECTOR DE ACTIVIDAD que se adjunta, Anexo 1)

Nivel de responsabilidad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de NIVEL DE RESPONSABILIDAD que se adjunta, Anexo 2)

Descripción de su trabajo: (Incluya el número de subordinados y sus funciones)

2. Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Título exacto del puesto: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Ciudad y País: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Nombre del supervisor: _____

Sector de actividad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de SECTOR DE ACTIVIDAD que se adjunta, Anexo 1)

Nivel de responsabilidad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de NIVEL DE RESPONSABILIDAD que se adjunta, Anexo 2)

Descripción de su trabajo: (Incluya el número de subordinados y sus funciones)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL (Continuación)

3. Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Título exacto del puesto: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Ciudad y País: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Nombre del supervisor: _____

Sector de actividad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de SECTOR DE ACTIVIDAD que se adjunta, Anexo 1)

Nivel de responsabilidad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de NIVEL DE RESPONSABILIDAD que se adjunta, Anexo 2)

Descripción de su trabajo: (Incluya el número de subordinados y sus funciones)

4. Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Título exacto del puesto: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Ciudad y País: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Nombre del supervisor: _____

Sector de actividad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de SECTOR DE ACTIVIDAD que se adjunta, Anexo 1)

Nivel de responsabilidad: _____ (Use el código correspondiente a la lista de NIVEL DE RESPONSABILIDAD que se adjunta, Anexo 2)

Descripción de su trabajo: (Incluya el número de subordinados y sus funciones)

PROGRAMA DE LÍDERES EN SALUD INTERNACIONAL “EDMUNDO GRANDA UGALDE” 2011

IV. CONOCIMIENTO DE IDIOMAS

Los idiomas oficiales de la Organización son español, inglés, portugués y francés. Señale su conocimiento en uno o más de estos idiomas.

	ESPAÑOL			INGLÉS			PORTUGUÉS			FRANCÉS		
	Habla	Lee	Escribe	Habla	Lee	Escribe	Habla	Lee	Escribe	Habla	Lee	Escribe
Lengua materna												
Casi como lengua materna												
Sin gran dificultad												
Conocimiento limitado												
Ningún conocimiento												

Señale su conocimiento de algún otro idioma.

	Habla	Lee	Escribe	Habla	Lee	Escribe
Lengua materna						
Casi como lengua materna						
Sin gran dificultad						
Conocimiento limitado						

V. BECAS Y PREMIOS OBTENIDOS

1. Institución: _____

Fechas: Desde _____ Hasta _____

Objetivo: _____

2. Institución: _____

Fechas: Desde _____ Hasta _____

Objetivo: _____

V. BECAS Y PREMIOS OBTENIDOS (Continuación)

3. Institución: _____
Fechas: Desde _____ Hasta _____
Objetivo: _____

VI. SOCIEDADES PROFESIONALES (Especifique si ha tenido responsabilidades destacadas en ellas)

VII. PRINCIPALES TRABAJOS PUBLICADOS (Artículos/monografías/libros. Mencione la cita bibliográfica completa)

IX. REFERENCIAS

Indique nombre y dirección de tres profesionales del campo de la salud pública o las relaciones internacionales que puedan proveer referencias sobre su desempeño profesional.

1. Nombre y título: _____

Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono y/o Fax: _____

Email (si está disponible): _____

2. Nombre y título: _____

Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono y/o Fax: _____

Email (si está disponible): _____

3. Nombre y título: _____

Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono y/o Fax: _____

Email (si está disponible): _____

Nombre

Firma

Fecha

ANEXO I

SECTOR DE ACTIVIDAD

Ministerio de Salud

- (1) Administración central (otra que Oficina de Relaciones Internacionales)
- (2) Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud
- (3) Administración provincial/estatal
- (4) Administración municipal/local
- (5) Gestión en los servicios públicos de salud
- (6) Atención en los servicios públicos de salud
- (7) Docencia/investigación en servicios públicos de salud

Otras dependencias estatales

- (8) Ciencia y técnica
- (9) Otros ministerios o dependencias públicas
- (10) Parlamento

Seguridad Social

- (11) Gestión en la administración central de la seguridad social
- (12) Gestión en la administración descentralizada de la seguridad social
- (13) Dirección/administración de servicios de salud de la seguridad social
- (14) Consultorías para la seguridad social

Sector Privado

- (15) Gestión en los servicios de salud privados
- (16) Atención directa en los servicios de salud privados
- (17) Consultorías privadas en el campo de la salud
- (18) Industria de salud (desarrollo de tecnología y medicamentos)

Docencia e Investigación

- (19) Docencia en universidades públicas
- (20) Docencia en universidades privadas
- (21) Investigación en universidades públicas
- (22) Investigación en universidades privadas
- (23) Docencia/investigación en universidades públicas
- (24) Docencia/investigación en universidades privadas
- (25) Instituciones de investigación públicas
- (26) Instituciones de investigación pertenecientes al sector de ONGs
- (27) Instituciones de investigación privadas

ONGs/Sindicatos/Asociaciones Comunitarias

- (28) Gestión de proyectos
- (29) Entrega de servicios
- (30) Consultorías

Consultorías Internacionales

- (31) Consultorías en OPS/OMS
- (32) Consultorías en organismos multilaterales de cooperación técnica distintos a OPS/OMS
- (33) Consultorías en organismos multilaterales de financiamiento
- (34) Consultorías en organismos no gubernamentales internacionales
- (35) Consultorías en organismos bilaterales de cooperación técnica y financiera

ANEXO 2

NIVEL DE RESPONSABILIDAD

Servicios de Salud (incluye servicios públicos, privados, de seguridad social y no gubernamentales)

- Director de Servicios de Salud
 - (1) De alta complejidad
 - (2) De mediana complejidad
 - (3) De baja complejidad
- Jefe de Departamento de Servicios de Salud
 - (4) De alta complejidad
 - (5) De mediana complejidad
 - (6) De baja complejidad
- Servicios de Atención
 - (7) Personales
 - (8) No personales

Administración Pública u otras Dependencias Estatales

- Ministerio o Secretaría Nacional
 - (9) Ministro o Secretario
 - (10) Subsecretario o Director
 - (11) Responsable de Proyecto o Programa
 - (12) Funcionario
 - (13) Auxiliar
- Ministerio o Secretaría Provincial/Estatal
 - (14) Ministro o Secretario
 - (15) Subsecretario o Director
 - (16) Responsable de Proyecto o Programa
 - (17) Funcionario
 - (18) Auxiliar
- Dirección o Secretaría Municipal/Local
 - (19) Director o Secretario
 - (20) Subdirector o Subsecretario
 - (21) Funcionario
 - (22) Auxiliar

Docencia Universitaria en Universidades Públicas o Privadas

- Directivo
 - (23) Director de la universidad
 - (24) Decano de la facultad
 - (25) Director de la carrera
 - (26) Director del Programa o departamento
- Docente
 - (27) Profesor Titular/Titular Asociado/Principal
 - (28) Profesor Adjunto/Asociado
 - (29) Jefe de Trabajos Prácticos/Auxiliar

Investigación

- Directivo
 - (30) Director de institución
 - (31) Director de Programa
- Investigador
 - (32) Investigador Principal o Director de Proyecto
 - (33) Investigador
 - (34) Investigador Asistente/Auxiliar

Organizaciones no gubernamentales (excluye los servicios de salud personales y no personales)

- (35) Directivo
- (36) Responsable de área/programa
- (37) Funcionario Profesional

Consultoras Nacionales

- (38) Directivo
- (39) Consultor de Proyecto
- (40) Asesor Temporal

Cooperación Internacional

- (41) Funcionario regular
- (42) Consultor de largo plazo
- (43) Consultor de corto plazo