**Reconocimiento Nacional a la Calidad en Salud 2024**

**CURRÍCULUM VITAE**

***Instrucciones***

* Integre al Currículum Vitae información relevante con énfasis en logros de los últimos 5 años. Ordene de manera cronológica (cursos, diplomados y/o publicaciones), iniciando por el más reciente. Puede incluir información de mayor antigüedad si se trata de logros, reconocimientos o si se considera relevante.
* 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 10 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 |  |
| Nombre completo de la Institución o Unidad de Adscripción en la que labora |  |
| Puesto / Cargo |  |
| Reconocimiento en el que concursa |  |
| 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 (Cédula Profesional). En caso de no contar con la Cédula, adjuntar el título, grado académico o certificado. Para las personas propuestas al Reconocimiento al Mérito del Profesional Técnico en Trabajo Social, que se encuentren actualmente cursando la Licenciatura en Trabajo Social, deberá adjuntar constancia de estudios simple de la Institución Educativa vigente, en el cual se haga constar el nombre, matrícula y avance del programa.

1. Educación Continua

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

Favor de adjuntar la evidencia documental (Diplomas únicamente serán considerados ≥80 horas), ordenar del más reciente al más antiguo.

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

Favor de adjuntar la evidencia documental (Constancias únicamente serán considerados aquellas ≥20 horas), ordenar del más reciente al más antiguo.

1. Actividades Docentes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.1 Docencia Universitaria** | | | | |
| **Institución Educativa** | **Asignatura / Programa** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término o Actual** | **Logros o Reconocimientos** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Favor de adjuntar la evidencia documental (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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.2 Docencia en Establecimientos de Salud** | | | | |
| **Año** | **Nombre de la Actividad Académica** | **Institución** | **Tipo de participación** | **Tema**  *Especifique si se trata de Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud, Atención Primaria de Salud (APS), Prevención de la Salud, Promoción de la Salud, Educación para la Salud u Otro* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Favor de adjuntar constancias institucionales 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/ Trabajos de investigación

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artículos científicos** | | | | | | |  |
| **Nombre del artículo** | **Nombre de la Revista** | **Año** | **Vol.** | **Núm.** | **Pág.** | **Liga electrónica** | **Tema**  *Especifique si se trata de Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud, Atención Primaria de Salud (APS),*  *Prevención de la Salud, Promoción de la Salud, Educación para la Salud u Otro* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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 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** | **Tema**  *Especifique si se trata de Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud, Atención Primaria de Salud (APS), Prevención de la Salud, Promoción de la Salud, Educación para la Salud u Otro* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

1. Participación en proyectos de mejora o acciones específicas para incrementar la Calidad en Salud y Seguridad del Paciente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Nombre del Proyecto / Acción implementada** | **Logros / Impacto** | **Tema**  *Especifique si se trata de Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud, Atención Primaria de Salud (APS), Prevención de la Salud, Promoción de la Salud, Educación para la Salud u Otro* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

1. Premios, reconocimientos o distinciones

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

Favor de adjuntar evidencia documental. (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 (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 (Constancias de Pertenencia).

**DECLARATORIAS**

El (la) que suscribe C. **XXXXXXXXXXXXXX**, aspirante al:

Marca la casilla que corresponde

Reconocimiento Nacional de Trabajo Social en el Sistema Nacional de Salud 2024

Reconocimiento Nacional a la Gestión de la Calidad y Seguridad en la Atención de la Salud 2024

En la Categoría **XXXXXXXX**. Declaro no haber sido acreedor(a) al mismo Reconocimiento en las Convocatorias previas y que toda la información contenida en este *Curriculum Vitae* y evidenciases 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 2024 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 2024

**Nombre completo xxxxx**

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

Firma