



**FORMATO B – CURRICULUM VITAE.**

**PROMOCIÓN DE SUBNIVEL A OTRO SUBNIVEL EN LA CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, HOSPITAL DE CLÍNICAS Y EL HOSPITAL DE POLICÍA- PERIODO 2025**

**1. DATOS PERSONALES**

Nombres:		
Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:		
Lugar de Nacimiento:	País:	
Nacionalidad:	Estado Civil:	
CI. N°:		
Dirección Particular:		
Barrio:		
Ciudad:		
Departamento:		
Teléfonos (línea baja):		
Celular/res:		

**2. FORMACIÓN ACADÉMICA**

**2.1 ESTUDIOS REALIZADOS** (adjuntar copias autenticadas que avalen los estudios realizados)

- I. Título Universitario.
- II. Estudios de Especializaciones.
- III. Estudios de Maestrías.

Formación Académica	Título Obtenido	Institución/Universidad	Año de Egreso
Título Universitario			
Especialización			
Maestrías			



**Dra. Elva Izembrandt**  
Miembro de la Comisión Permanente



**Lic. Darlis Daniel Torres**  
Miembro de la Comisión Permanente  
Representante de la FENAE.



**LIC. LILIAN LEZCANO**  
Miembro de la Comisión Permanente  
Representante del Hospital de Policía Rigoberto Caballero

**Lic. Zenaida R.**  
Presidenta de la Comisión Permanente  
Representante MSPYBS

**Lic. Susana Zárate**  
Miembro de la Comisión Permanente  
Representante IPS



**Lic. Hugo Fernández**  
Miembro de la Comisión Permanente  
Representante - Hospital Militar Central



**Lic. Zenaida Rotela**  
Presidenta de la Comisión Permanente  
Representante MSPYBS



**Lic. Mirna Gallardo**  
Miembro de la Comisión Permanente  
Residente de la APE

**NOTA DE POSTULACIÓN FORMATO A.**

**PROMOCIÓN DE SUBNIVEL A OTRO SUBNIVEL EN LA CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, HOSPITAL DE CLÍNICAS Y EL HOSPITAL DE POLICÍA- PERIODO 2025**

<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>		
<b>N° DE CEDULA DE IDENTIDAD:</b>	<b>SEXO:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<b>MARCAR EL ORGANISMO Y ENTIDAD DEL ESTADO (OEE) AL QUE CORRESPONDE.</b>		
<b>HOSPITAL DE POLICIA</b> <input type="checkbox"/> <b>HOSPITAL DE CLINICAS</b> <input type="checkbox"/> <b>MSP Y BS</b> <input type="checkbox"/>		
<b>MARCAR EL NIVEL AL QUE CORRESPONDE</b>		
<b>PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/> <b>TECNICO O /TECNICO SUPERIOR DE ENFERMERIA</b> <input type="checkbox"/> <b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b> <input type="checkbox"/>		
<b>MARCAR AL SUBNIVEL AL QUE POSTULA:</b> A los efectos de la aplicación del artículo N° 22, del Decreto Reglamentario N° 6671, inciso v a los efectos de realizar la <i>aceleración del cómputo de la antigüedad por única vez según lo establecido el artículo N° 9 de la Ley 6625. Si posee una especialidad sumar un año de antigüedad y marcar el subnivel que le corresponde.</i>		
<b>PROFESIONAL</b>	<b>TECNICO O TECNICO SUPERIOR</b>	<b>AUXILIAR</b>
Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>	Subnivel 2 <input type="checkbox"/>
Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>	Subnivel 3 <input type="checkbox"/>
Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>	Subnivel 4 <input type="checkbox"/>
Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>	Subnivel 5 <input type="checkbox"/>
Declaro que todos los datos mencionados y las documentaciones anexas son en carácter de declaración jurada.  <b>FIRMA:</b> .....		

  

**Dra. Elva Izembrandt**  
 Miembro de la Comisión Permanente

  

**Mg. Morna Gallardo**  
 Miembro de la Comisión Permanente  
 Presidente de la APE

  

**Lic. Hugo Fernández**  
 Miembro de la Comisión Permanente  
 Representante - Hospital Maternidad Central

  

**LIC. LILIAN LEZCANO**  
 Miembro de la Comisión Permanente  
 Representante del Hospital de Policía Rigoberto Caballero

  

**Lic. Zenaida Rotela**  
 Presidenta de la Comisión Permanente  
 Representante MSPYBS

