**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD  
SISTEMA DE LA UNIVERSIDAD BOLIVIANA**

**COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL**  
**INVESTIGACIÓN E INTERACCIÓN COMUNITARIA**

**SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD MENSUAL DEL MÉDICO RESIDENTE**

**La Jefatura de Enseñanza e Investigación hace constar que:**

Dr. Alvaro Terrazas Pelaez

**PRESIDENTE**

**COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN E INTERACCIÓN COMUNITARIA C.N.I.D.A.I.I.C.**

Dr. Alvaro Terrazas Pelaez

**PRESIDENTE**

**COMITÉ NACIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN E INTERACCIÓN COMUNITARIA C.N.I.D.A.I.I.C.**

**El (La) Medico(a)** Escriba su nombre(s) y apellido(s)

**Médico Residente con el Ítem N°:** Escriba su número de Ítem

**Realiza la Residencia Medica en:**

**La Especialidad/Subespecialidad**: Escriba su Especialidad/Subespecialidad

**Hospital:** Escriba el nombre del Hospital

**Servicio:** Escriba su Especialidad/Subespecialidad

**Rotación Nacional desde** **el**…. día….,….mes..…**al**…… día….,….mes …**del año**…año

**Rotación Exterior del país desde el** …. día….,….mes…**al**…. día….,….mes …**del año**…año

**Descanso Pedagógico desde el**… día….,….mes…**al**…. día….,….mes … …**del año**…año

Ha realizado actividad académica de formación postgradual desde fecha… día …de … mes … al.. día …de … mes del año 20 año

Departamento ., ….día….,….mes…………... de 20 año *(Departamento, día / mes / año)*

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

**Jefe de Recursos Humanos ó**

**Jefe de Personal**

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

**Médico Residente**

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

**Jefe de Enseñanza e Investigación**

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

**Jefe del Servicio de la Especialidad/**

**Subespecialidad**

**Nota:** El presente formulario debe ser entregado adjunto a la planilla de registro de asistencia al responsable del enlace de Recursos Humanos del Ministerio de Salud en su regional.

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

**Jefe de Enseñanza e Investigación**

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

**Jefe del Servicio de la Especialidad/**

**Subespecialidad**