**Formulario 2:** (CIRCULAR DGRRHH N°**19/2017**\_Requisitos de Contratación)

**Profesionales Médicos**

Elaborado: **18/05/2020;** Modificado**: 01/07/2025**

Asunción,.........de...............................de 202...…

Señora **Arancel de cada constancia: *40.000gs.***

***Dra. CRISTINA RAQUEL CABALLERO GARCIA,*** Directora General

Instituto Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

Quien suscribe (completar como consta en su cédula): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicita **CONSTANCIA/S**, según corresponda:

1. 🞏**MEDICOS QUE REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM, Y ESTAN OBLIGADOS A LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**

|  |
| --- |
| A.**CONSTANCIA DE HABER INGRESADO POR LA CONAREM**:  **Anexar**:   * **Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD**   **3**  **2**  **1**   * **Fotocopia simple del Certificado de Culminación Residencia Médica, emitida por la Unidad Formadora especificando año de inició y de culminación.** * **Fotocopia de titulo de Posgrado emitida por la Unidad Académica-IES obtenido.** |

1. 🞏**MEDICOS QUE REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM, PERO NO ESTAN OBLIGADOS A LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**

|  |
| --- |
| B.1. **CONSTANCIA DE HABER INGRESADO POR LA CONAREM**:  **3**  **2**  **1**  B.2. **CONSTANCIA DE NO ESTAR OBLIGADO A REALIZAR LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**  **3**  **2**  **1**  **Anexar**:   * **Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD** * **Fotocopia simple del Certificado de Culminación de Residencia Médica Troncal o Primaria, “emitida por la Unidad Formadora”, especificando año de inicio y de culminación. Para la constancia de no estar obligado a la pasantía de Residencia Médica de sub especialidad o derivadas debe presentar 1 *copia de la constancia de la residencia troncal y/o 1 copia de la constancia de la residencia de la subespecialidad o derivadas.*** * **Fotocopia simple de título de Posgrado emitida por la Unidad Académica-IES obtenido.** |

1. 🞏**MEDICOS QUE NO REALIZARON RESIDENCIAS MEDICAS POR LA CONAREM**

|  |
| --- |
| **3**  **2**  **1**  C.1. **CONSTANCIA DE NO ESTAR REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS DE LA CONAREM**  **3**  **2**  **1**  C.2. **CONSTANCIA DE NO ESTAR OBLIGADO A REALIZAR LA PASANTIA DE ESPECIALISTAS**  **Anexar**:   * **Fotocopia simple (legible) de CEDULA DE IDENTIDAD** * **Fotocopia simple de REGISTRO PROFESIONAL vigente.** * **Fotocopia simple de título de Posgrado emitida por la Unidad Académica-IES obtenido.**. |

|  |
| --- |
| **Observación:**   1. El formulario puede ser remitido:  * a. **Al correo**: [mesadeentradains@gmail.com](mailto:mesadeentradains@gmail.com) o; * b. **De forma presencial**, en el Instituto Nacional de Salud. En ambos casos, se deben anexar todos los requisitos documentales, para el proceso respectivo **o en caso contrario no podrán ser procesados.**  1. Plazo mínimo de entrega de la/s constancia/s**: 08 (ocho) días, a partir de la Mesa de Entrada**. 2. El plazo máximo para retirar la/s constancia/s, será **de 90 (noventa) días corridos**, a ser contados a partir del ingreso de la solicitud por Mesa de Entrada del INS (SIMESE). Cumplido el plazo máximo de 90 (noventa) días corridos, se deberá volver a ingresar una nueva solicitud de constancia. |

**Firma del solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono/s y correo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**