

**DICTAMEN DE CANDIDATO A CATEGORÍA DE EXCELENCIA**
**PECD-03**

No. DE FOLIO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ AÑO DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

**1. Nombramiento** Código Funcional y Descripción \_\_\_\_\_

Tipo de Nombramiento	Base _____	Interinato _____	Confianza _____	Código condicionado dentro del Programa	No _____	Si _____
----------------------	------------	------------------	-----------------	---	----------	----------

**2. En los expedientes físico y electrónico se encuentra integrada la documentación completa que requiere de acuerdo con lo señalado en el catálogo de evidencias de su institución y disciplina**

No _____	Si _____
----------	----------

**3. Puntuación obtenida en la evaluación**

Cédula de Evaluación del Desempeño correspondiente a la disciplina.	_____	No. de cédulas aplicadas	_____
Cédulas de opinión de usuarios.	_____	No. de cédulas aplicadas	_____
Cédulas de opinión de compañeros.	_____	No. de cédulas aplicadas	_____
Cédula(s) de opinión de superior.	_____	No. de cédulas aplicadas	_____
Cédula de Autoevaluación.	_____		

**4. Capacitación**  
 Horas de capacitación que comprueba en temas de su disciplina \_\_\_\_\_ Horas como capacitador que comprueba \_\_\_\_\_

Participa en la formación de recursos humanos en salud en su unidad \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Cursos en materia de Calidad y Seguridad del Paciente que comprueba durante el periodo de evaluación:

Nombre _____	Horas _____	Capacitador _____	Capacitado _____
Nombre _____	Horas _____	Capacitador _____	Capacitado _____
Nombre _____	Horas _____	Capacitador _____	Capacitado _____

**5. Ha obtenido el estímulo en promociones anteriores** Año \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_  
 Año \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_

**6. Constancia de Estudios**

Grado académico máximo que comprueba \_\_\_\_\_

**7. Talón de pago de enero del año en evaluación**

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**8. Constancia de Asistencia y Permanencia (PECD-02)**

Porcentaje de asistencia en Segunda Etapa \_\_\_\_\_

Se anexan copias de registro de asistencia del periodo de evaluación

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**9. Guía de Evaluación de Proyecto de Mejora debidamente requisitada y validada por el Área de Calidad de la Entidad**

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**10. Otros elementos destacables para ser propuesto como candidato de Excelencia:**

\_\_\_\_\_

Secretario Técnico del Comité Estatal (Nombre y firma)

Representante de (Institución, Nombre y Firma)

Representante de (Institución, Nombre y Firma)

Representante de (Institución, Nombre y Firma)

Fecha de dictamen \_\_\_\_\_