



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS**  
**DE COSTA RICA**  
**Comisión de Evaluación Curricular**

Código: CMQCCR-CEC-PG-F-01  
Página: 1 de 4  
Versión: 2.1  
Fecha emisión: 19/08/2021

**SOLICITUD DE AVAL DE ACTIVIDADES PARA EDUCACIÓN CONTÍNUA**

**Instrucciones:** Completar la información requerida. Este documento puede ser presentado en forma original en la Oficina de Comisiones y Tribunales en el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica o ser enviado digitalmente con firma digital a la dirección [cec@microbiologos.cr](mailto:cec@microbiologos.cr). Junto con la solicitud se deberá de aportar los documentos requeridos. **Explicaciones:** Ver siguiente página.

**A. INFORMACIÓN RELATIVA AL SOLICITANTE DEL AVAL DE ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN CONTÍNUA:**

1	SOLICITANTE:	
2	CÓDIGO PROFESIONAL:	
3	CORREO ELECTRÓNICO:	
4	NÚMERO TELEFÓNICO:	

**B. INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN CONTÍNUA:**

5	NOMBRE DEL RESPONSABLE:	
6	CARGO QUE DESEMPEÑA:	
7	CORREO ELECTRÓNICO:	

**C. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN CONTÍNUA:**

8	NOMBRE DEL LA ACTIVIDAD:			
9	LUGAR:			
10	TIPO DE ACTIVIDAD:	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/> Simposio
		<input type="checkbox"/> Taller	<input type="checkbox"/> Pasantía	<input type="checkbox"/> Jornada
11	INSTITUCIÓN EDUCATIVA QUE LO IMPARTE:			
12	NOMBRE DEL INSTRUCTOR O INSTRUCTORES:			
13	FECHA DE INICIO:			
14	FECHA DE CONCLUSIÓN:			
15	TIPO DE EVALUACIÓN FINAL (CURSOS VIRTUALES):	<input type="checkbox"/> PERMITE UN SOLO INTENTO	<input type="checkbox"/> PERMITE MÁS DE UN INTENTO	

**D. INFORMACIÓN SOBRE EL AVAL DE LA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN CONTÍNUA:**

16	TIPO DE CERTIFICADO:	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> APROVECHAMIENTO
17	MODALIDAD:	<input type="checkbox"/> PRESENCIAL	<input type="checkbox"/> EN LÍNEA
18	CANTIDAD DE HORAS EFECTIVAS:		

<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>
---------------	---------------



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS**  
**DE COSTA RICA**  
**Comisión de Evaluación Curricular**

Código: CMQCCR-CEC-PG-F-01  
Página: 2 de 4  
Versión: 2.1  
Fecha emisión: 19/08/2021

**E. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD**

19	CURRICULUM VITAE DEL INSTRUCTOR(ES) O DOCENTE(S) DE LA ACTIVIDAD.
20	JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD.
21	OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD.
22	POBLACIÓN OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD
23	PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD.
24	DOCUMENTO QUE VERIFIQUE LAS HORAS, TIPO Y MODALIDAD DE LA ACTIVIDAD

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMULARIO**

ÍTEM	EXPLICACIÓN
1	Anote el nombre completo del solicitante o de la institución que solicita el aval de actividad de educación continua.
2	Anote el código profesional perteneciente al Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.
3-4	Anote el correo electrónico y número telefónico de contacto del solicitante.
5-7	Indique el nombre completo del responsable (director o coordinador) de la actividad de educación continua por avalar, así como el cargo que desempeña y el correo electrónico de contacto.
8	Indique el nombre de la actividad tal cual está inscrita y aparece en el certificado.
9	Indique el lugar en donde se desarrolla la actividad. Este corresponde al lugar donde se lleva la coordinación del curso o el lugar en donde se desarrollan las actividades relacionadas la educación continua.
10	Indique el tipo de actividad por avalar: <b>Curso, Congreso, Simposio, Taller, Pasantía, Jornada.</b>
11	Anote el nombre completo de la institución educativa que lo imparte.
12	Indique el nombre del instructor o instructores que imparten el curso.
13-14	Indique la fecha de inicio del curso, así como la fecha de conclusión indicadas en el programa o en el certificado de este.
15	Debe adjuntar anexo (puede utilizar capturas de pantalla, por ejemplo) en donde explique <b>detalladamente</b> en qué consiste la evaluación final del curso, de manera que respalde con ello la opción marcada
16	Indique el tipo de certificado de la actividad de educación continua.
17	Indique el tipo de modalidad de la actividad de educación continua por solicitar el aval.
18	Anote la cantidad de horas de la actividad de educación continua. En caso de cursos con dos tipos de certificado, indicar las horas correspondientes a participación y las correspondientes a aprovechamiento.
19	Adjunte el Curriculum Vitae resumido, u Hoja de vida del coordinador de la actividad de al menos dos instructores o docentes. Este documento debe incluir: datos personales, experiencia académica y profesional, así como mención de libros o publicaciones, actividades en los que ha participado, entre otros.
20	Presente la justificación de la actividad. Esta debe mencionar la importancia en el quehacer de la microbiología en nuestro país, en caso de no indicarse, esta puede ser complementada por el solicitante.
21	Indique los objetivos de la actividad de educación continua.
22	Indique la población a la cual está dirigida la actividad de educación continua.
23	Adjunte el programa y/o cronograma de la actividad de educación continua.
24	Adjunte el documento que verifique las horas, tipo y modalidad de la actividad. Para el cumplimiento de este documento, puede presentarse el certificado de la actividad de educación continua.



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS**  
**DE COSTA RICA**  
**Comisión de Evaluación Curricular**

Código: CMQCCR-CEC-PG-F-01  
Página: 3 de 4  
Versión: 2.1  
Fecha emisión: 19/08/2021

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN CURRICULAR**

(NO ESCRIBA EN ESTA HOJA)

**A. CUMPLIMIENTO DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS:**

	Curriculum vitae del instructor(es) o docente(s) de la actividad.
	Justificación de la actividad.
	Objetivos de la actividad.
	Población objetivo de la actividad
	Programa de la actividad.
	Documento que verifique las horas, tipo y modalidad de la actividad

**B. ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN CONTÍNUA:**

DECISIÓN FINAL:	( ) ACTIVIDAD ACEPTADA	
	( ) ACTIVIDAD PENDIENTE DE REVALORACIÓN	
	( ) ACTIVIDAD RECHAZADA	
JUSTIFICACIÓN:	( ) GUARDA RELACION CON LA PROFESION	
	( ) NO GUARDA RELACION CON LA PROFESION	
	( ) FALTA DE INFORMACION PARA EMITIR CRITERIO	
TIPO DE CERTIFICADO:	( ) PARTICIPACIÓN	( ) APROVECHAMIENTO
MODALIDAD:	( ) PRESENCIAL	( ) EN LÍNEA
CANTIDAD DE HORAS:		
CODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD		

**C. MIEMBROS DE LA COMISION QUE APRUEBAN LA SOLICITUD:**

NOMBRE:	FIRMA:
FECHA DE AVAL:	



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS**  
**DE COSTA RICA**  
**Comisión de Evaluación Curricular**

Código: CMQCCR-CEC-PG-F-01

Página: 4 de 4

Versión: 2.1

Fecha emisión: 19/08/2021

**NOTA IMPORTANTE: EL formato de presentación de aval, está diseñado para ser relleno ÚNICAMENTE en la primera página. Los documentos que se solicitan adicionales deben presentarse como un anexo, sin modificar el formulario. NO SE ACEPTAN formularios modificados.**