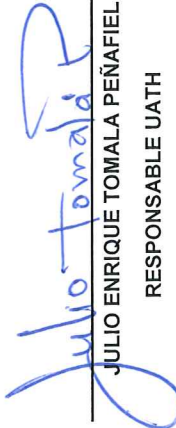


# VERIFICACIÓN DEL MÉRITO

|                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |         |     |
|-------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----|
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:     |  | GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO ILUSTRE MUNICIPALIDAD DEL CANTÓN DAULE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |         |     |
| DENOMINACION DEL PUESTO:      |  | FISIOTERAPEUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CÓDIGO: | 003 |
| GRUPO OCUPACIONAL:            |  | PROFESIONAL DE LA SALUD 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | GRADO   | 9   |
| INSTRUCCION FORMAL REQUERIDA: |  | FISIOTERAPEUTA, TERAPIA FISICA, REHABILITADOR FISICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |     |
| EXPERIENCIA SOLICITADA:       |  | 2 años en Evaluación, diagnóstico funcional y tratamiento de patologías musculoesqueléticas comunes a pacientes en todo el ciclo vital. Implementación de programas de prevención de la discapacidad, ergonomía y promoción de la actividad física comunitaria. Prescripción de ejercicio terapéutico y guía en el uso de ayudas técnicas (muletas, sillas de ruedas). Trabajo multidisciplinario bajo el modelo MAIS. |  |         |     |
| PARTIDA:                      |  | 51.01.05.2026.033.001.228                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |         |     |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA:        |  | DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD E HIGIENE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |         |     |
| R.M.U.:                       |  | 901.62                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |         |     |

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES            | CÉDULA     | INSTRUCCION FORMAL CUMPLIMIENTO | EXPERIENCIA CUMPLIMIENTO | ESTADO POSTULACION | OBSERVACIONES |
|----|--------------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|---------------|
| 1  | BAJAÑA VALVERDE MARTHA VIVIANA | 0928373455 | SI                              | SI                       | SI PASA            |               |

  
 JULIO ENRIQUE TOMALA PEÑAFIEL  
 RESPONSABLE UATH