

MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
PREMIO “Dolores Veintimilla de Galindo”

Formulario de postulación
(Llenar con letra legible o en computadora)

Dirigido al o la joven que con esfuerzo y capacidad haya hecho una contribución notable en el desarrollo de la ciudad o del país, a través de actividades científicas, cívicas, culturales, educativas, sociales, ecológicas, laborales, entre otras.

(Artículo 758 del Código Municipal para el Distrito Metropolitano de Quito)

1. DATOS DEL/LA POSTULANTE

Nombres y apellidos completos:Eduardo David Ortiz Ramos

Edad: 23 años

No. Cédula de ciudadanía / pasaporte:1726155599.....

Lugar y fecha de nacimiento: Quito, 2 de enero del 2000

Años de residencia en el DMQ: 10 años

No. Teléfono convencional y/o celular:0992557158.....

Correo electrónico:davidortizramos2000@outlook.es.....

Dirección Domiciliaria:Amancay, S13f / Oe7-23.....

Personas con discapacidad (No. de carné del CONADIS):

Organización que avala la postulación: Ministerio de salud pública , Centro de Salud Alangasi

Auto identificación étnica (marque con “X” donde corresponda)

AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA	APLICA
Mestizo	X
Pueblos y nacionalidades	
Pueblo afrodescendiente	
Pueblo Montuvio	
Blanco	
Otro:	

2. CARTA DE MOTIVACIÓN/ACEPTACIÓN

Máximo 1 carilla en donde manifieste: a) su interés de postulación, y b) su trayectoria o historia de vida como activista de los derechos humanos y derechos de las juventudes.

Estimados miembros del jurado

Mi nombre es Eduardo David Ortiz Ramos, es muy grato para mí dirigirme a ustedes poniendo en conocimiento que mi mayor anhelo es profesionalizarme.

Ya que con las actividades que he realizado aprendí el significado del respeto, ayuda, responsabilidad y compromiso; todo esto me motiva para prepararme aún más, y a base de mi sacrificio realizados desde el colegio donde en varias ocasiones realice trabajos esporádicos; cuyos ingresos son usados en gastos para vivienda, alimentación, vestimenta, salud y colaboración con mis padres.

Mi padre por cuestiones de trabajo reside en otra provincia, y mi madre es ama de casa y los recursos económicos son divididos. Ahora que me preparo para dar el siguiente paso en mi educación superior, estoy decidido a seguir mis sueños y convertirme en un buen profesional que aporte a la sociedad. Por este motivo esta postulación es una gran oportunidad para mí.

Agradeciendo de ante mano su tiempo y consideración por revisar mi postulación.

Esperando con ansias la validación y así poder contribuir al legado de esta fundación .

- Actividades realizadas

Adulto mayor.- entrenamiento de actividades físicas y cognitivas de manera relacional mejorando su calidad de vida y fomentando el apoyo emocional y afectivo.

Adolescentes: Formación de Formadores creando capacidades de liderazgo, auto gestión y proyectos de vida.

Embarazadas.- preparación para parto digno y cuidado prenatal para continuar con la lactancia materna segura y nutrición para la madre y el niño previniendo la muerte materna y desnutrición.

--

3. INSTRUCCIÓN FORMAL (OPCIONAL)

(De ser necesario, agregar más filas al final de la tabla Incluir medios de verificación)

Nivel de instrucción	Nombre de la institución educativa	Especialización / Facultad / Carrera	Título obtenido	No. Registro Senescyt
Educación básica	Coranzositos alegres	NO APLICA		
Educación secundaria	Academia aeronáutica mayor Pedro traversari	NO APLICA		
Tercer nivel				
Cuarto nivel (opcional)				
(otras)				

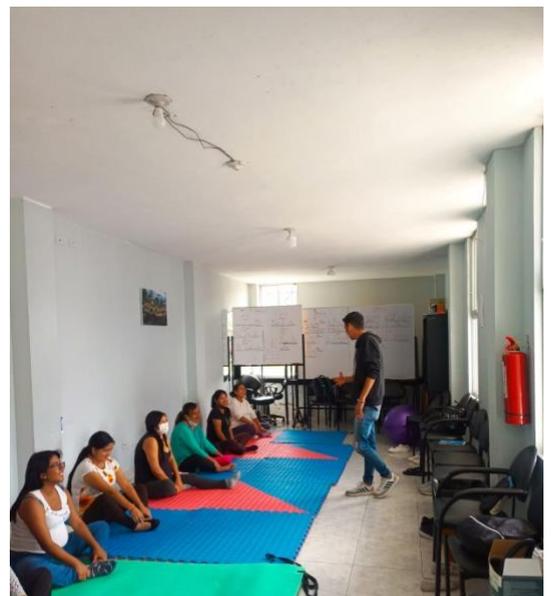
3. ACTIVIDADES GENERALES REALIZADAS

(De ser necesario, agregar más filas al final de la tabla).

En este parámetro se considerarán las actividades científicas, cívicas, culturales, educativas, sociales, ecológicas, laborales, entre otras; desarrolladas por el o la postulante, debidamente certificadas.

Acciones en el ámbito de vinculación con la sociedad, inclusión social, empleo, artes, salud, promoción de derechos, entre otros, donde se especifique el grupo de atención prioritaria. Se deberá presentar acciones con los **medios de verificación correspondientes** (certificados, recortes de medios de prensa, fotografías debidamente contextualizadas). Los certificados pueden ser otorgados por las organizaciones a las que pertenecen los postulantes, detallando el tipo de acción, duración y el tipo de impacto obtenido (Incluirlos al final del PDF).

Fechas			Nombre de la institución / fundación / organización / colectivo	Cargo o responsabilidades	Actividades realizadas e incidencia/alcance	Medios de verificación	Para uso de la comisión
DESDE	HASTA	Nº meses/años Nº meses/años					
2021	2023	2 años	Ministerio de salud publica / Centro de salud Alangasi	Voluntariado para el adulto mayor	Actividades físicas y cognitivas relacionadas a su calidad de vida Reforzar apoyo emocional y afectivo	Certificado	
2021	2023	2 años	Ministerio de salud publica / Centro de salud Alangasi	Voluntariado para embarazadas	Preparación para el parto digno y cuidado prenatal para continuar con la lactancia	Certificado /foto	
2021	2023	2 años	Ministerio de salud publica / Centro de salud Alangasi	Voluntariado adolescentes	Formación de formadores creando capacidades de liderazgo, auto gestión y proyecto de vida	Certificado /foto	





Alangasi a 27 de julio del 2023

CERTIFICADO

Yo, **GINA ELIZABETH VERDEZOTO VILLOTA**, con C.I. **1713975165**, certifico como

Administradora Técnica del Centro de Salud de Alangasi, que el Señor, **EDUARDO DAVID ORTIZ RAMOS** con Cl. **1726155599**, presto sus **servicios de voluntariado** en esta casa de salud donde apoyo a grupos vulnerables de la parroquia con amor respeto calidad a lo realizado y calidez al trato con proyectos tales como:

Adulto mayor.- entrenamiento de actividades físicas y cognitivas de manera relacional mejorando su calidad de vida y fomentando el apoyo emocional y afectivo.

Adolescentes: Formación de Formadores creando capacidades de liderazgo, auto gestión y proyectos de vida.

Embarazadas.- preparación para parto digno y cuidado prenatal para continuar con la lactancia materna segura y nutrición para la madre y el niño previniendo la muerte materna y desnutrición.

Todas estas actividades fueron realizadas con el personal de salud con el apoyo **voluntario** del antes mencionado

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad, y puede hacer uso de este documento como el así lo necesite

Con sentimientos de distinguida consideración



Firmado electrónicamente por:
**GINA ELIZABETH
VERDEZOTO VILLOTA**

Dra Gina Verdezoto

Administradora Técnica de Alangasi

teléfono: 0997063221

Ministerio de Salud Pública

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan

Código postal: 170146 / Quito-Ecuador

Teléfono: +593-2-3814-400

www.salud.gob.ec



4. ACTIVIDADES /ACTIVISMO REALIZADAS ESPECÍFICAMENTE EN DERECHOS DE JUVENTUDES

(De ser necesario, agregar más filas al final de tabla).

En este parámetro se considerarán las actividades y/o activismo desarrollado por el o la postulante, en favor de la población joven de la ciudad o el país. Este puntaje se basará en:

Acciones en favor derechos específicos de la población joven, en ámbito como salud, educación, inclusión social, empleo, artes, promoción de derechos, entre otros, se deberá presentar acciones con **los medios de verificación correspondientes** (certificados, recortes de medios de prensa, fotografías debidamente contextualizadas). Los certificados pueden ser otorgados por las organizaciones a las que pertenecen los postulantes, detallando el tipo de acción, duración y el tipo de impacto obtenido.

Fechas			Nombre de la institución / fundación / organización / colectivo	Cargo o responsabilidades	Actividades realizadas e incidencia/alcance	Medios de verificación	Para uso de la comisión
DESDE	HASTA	Nº meses/años Nº meses/años					

5. ACCIONES AFIRMATIVAS: OPCIONAL

(Escoger solo una)

ACCIÓN AFIRMATIVA	APLICA
Persona con discapacidad	
Población LGBTI+	
Pueblos y nacionalidades, montuvio, afrodescendiente	
Movilidad humana	
Enfermedad catastrófica	

6. REQUISITOS Y DOCUMENTACIÓN HABILITANTE

Recuerda que debes presentar la siguiente documentación para participar del Premio Dolores Veintimilla 2023:

1. Tener entre 18 y 29 años al momento de presentar su postulación.
2. Haber nacido o residir en el Distrito Metropolitano de Quito por al menos tres años continuos al momento de la postulación.
3. Carta de aval de una o más organizaciones.
4. Carta de motivación/aceptación de la postulación (Se encuentra al inicio del formulario).
5. Formulario de Hoja de Vida, cédula o pasaporte y documentos de respaldo debidamente certificados.

SECCIÓN FINAL:

DECLARACIÓN: DECLARO BAJO JURAMENTO Y RESPONSABILIDAD QUE, todos los datos que incluyo en este FORMULARIO son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que autorizo a que sea sujeto de verificación y asumo cualquier responsabilidad. Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.



Eduardo David Ortiz ramos	1726155599	
Nombre del/la postulante	No. de Cédula	Firma
Eduardo David Ortiz ramos	1726155599	
Nombre de quien presenta la postulación (si no es el/la postulante)	No. de Cédula	Firma

Lugar y Fecha:

Número de hojas que se adjuntan a este formulario

IMPORTANTE:

Entregar este formulario con todos sus adjuntos en forma digital en **un solo PDF**; si es remitido de forma física, la documentación debe ser entregada en carpeta con separadores acorde con la secuencia de los documentos solicitados y debidamente foliados.

Todos los datos consignados en la presente hoja de vida deberán ser respaldados con documentación.

Validado por: _____ (Secretaría de Inclusión Social)

Fecha: _____ (Secretaría de Inclusión Social)