|  |
| --- |
| **TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER LLENADOS** |

**3, 4, 5, 6 DE NOVIEMBRE 2021**

Es una propuesta, de postulación como ponente para el congreso registrado arriba.

Se le sugiere completar todos los campos, de lo contrario no será considerada la propuesta.

Es importante que lea detenidamente, las políticas, antes de presentar su postulación.

Se incluirán los nombres de autores, coautores y colaboradores, dentro del artículo, que estén oficialmente inscritos.

Los artículos aceptados, serán incluidos en libro coordinado y arbitrado por la comisión científica con registro ISSN O ISBN.

|  |
| --- |
| **POLÍTICAS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| He leído las políticas para postulaciones en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de declinaciones en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de evaluación en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de inscripción del ponente en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas acerca de las inhabilidades o vetos en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de excepciones en congresos virtuales |  |  |
| He leído acerca de las políticas de devolución en congresos virtuales |  |  |
| Tengo claridad sobre lo que significa esta modalidad de participación en congresos virtuales |  |  |
| Tengo conocimiento de los ejes temáticos del congreso |  |  |
| Tengo conocimiento que el costo de inscripción es por autor(a)/coautor(a) |  |  |
| Estoy de acuerdo con las políticas |  |  |

|  |
| --- |
| **TÍTULO GENERAL DE LA PONENCIA**  **Cantidad de palabras 15 \* El titulo debe ser atractivo para la audiencia** |
|  |

|  |
| --- |
| **PAÍS** |
|  |

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA** |
|  |

|  |
| --- |
| **INCLUYA SOLAMENTE LOS DATOS AUTOR(A) – COAUTOR(A) QUE TIENE EL INTERES EN INSCRIBIRSE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTOR(ES) Y COAUTORES** | **EMAIL** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **EMAIL ADICIONAL (GMAIL, YAHOO, HOTMAIL) AUTOR(A) PRINCIPAL** |
|  |

|  |
| --- |
| **NÚMERO DE WHATSAPP CON CÓDIGO DEL ÁREA DEL AUTOR(A) PRINCIPAL** |
|  |

|  |
| --- |
| **CANTIDAD DE AUTORES O COAUTORES QUE PIENSAN PARTICIPAR** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EJE TEMÁTICO DE SU POSTULACIÓN**  **MARQUE CON UNA X** | |
| **Educación** |  |
| **Justicia social y derechos humanos** |  |
| **Psicología** |  |
| **Salud mental** |  |
| **Sexualidad** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CASILLA DE SUMA IMPORTANCIA**  **EL O LOS PONENTES SE COMPROMETEN O NO, A PRESENTAR CONFORME LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN SU TRABAJO TIPO ARTÍCULO EN EXTENSO**  **Marque con una X la casilla** | |
| **Al marcar SI.**  Deberá cumplir con la fecha de entrega del mismo, sin retractación ni prorrogas. |  |
| **Al marcar NO.**  En el futuro no podrá solicitar la inclusión del mismo**.** |  |

|  |
| --- |
| **CARACTERISTICAS A TENER EN CUENTA ANTES DE DESCRIBIR EL RESUMEN** |

|  |  |
| --- | --- |
| **SI ES UN CASO PSICOLÓGICO - CLÍNICO**  En el resumen abajo describa lo siguiente: | Se escribe un sumario abajo en el resumen, que procure una perspectiva general del contenido de su propuesta. Donde le corresponde, presentar de forma detallada, pero precisa lo que ha desarrollado, motivo o finalidad de la evaluación, objetivo, clasificación, población o edad de la persona a quien se la dirigió, instrumentos técnicos utilizados, conclusiones. |

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**  **Mínimo 6 que manejo y utilizará en el cuerpo del trabajo** |
|  |

**RUMEN: SU PROBREVE**

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**  **Mínimo 6 que manejo y utilizará en el cuerpo del trabajo** |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **DATOS DE CONTACTO - COMPLETE LOS CAMPOS PARA PROFESIONAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE LOS AUTORES POSTULANTES Y NÚMERO CELULAR CON CÓDIGO DE PAÍS Y ÁREA** |  |
| **TITULACIÓN MÁS RECIENTE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE LOS COAUTORES POSTULANTES Y NÚMERO CELULAR CON CÓDIGO DE PAÍS Y ÁREA** |  |
| **TITULACION MÁS RECIENTE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIÓN, PROGRAMA ACADEMICO, FACULTAD, SEDE QUE REPRESENTA** |  |
| **NOMBRE COMPLETO CON CORREO DE SU COORDINADOR(A) ACADÉMICO(A) RESPONSABLE Y TELÉFONO CELULAR** |  |

|  |
| --- |
| **FIRMA: ADJUNTE UNA IMAGEN DE SU FIRMA O FIRMAS DE LOS QUE PARTICIPARAN** |
|  |

**CON LA FIRMA AQUÍ REGISTRADA, EL (LA) (LOS) POSTULANTE(S) CONFIRMAN TENER CONOCIMIENTO Y ACEPTAN LAS POLÍTICAS ESTABLECIDAS.**