**ANEXO B: CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION –**

**“*PEGADO FUERA DEL SOBRE”***

POSTULACCION AL

**PROCESO DE SELECCION DE MEDICOS CIRUJANOS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2018, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD; Y CONCURSO DE BECAS PARA PROFESIONALES DE LA ÚLTIMA PROMOCIÓN**

Instituto Geriátrico, José Manuel Infante N° 370, Providencia.

(Lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 16:00 hrs.)

**El último día se recepcionaran postulaciones hasta las 13:00 hrs.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Fecha Nacimiento** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Correo Electrónico** |  |

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo A “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbren que conste la recepción de los documentos por parte del Departamento Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, del Ministerio de Salud.

|  |
| --- |
| **ANEXO C: FORMULARIO DE POSTULACION** |

FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL

PROCESO DE SELECCION DE MEDICOS CIRUJANOS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2018 DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD;

Y CONCURSO DE BECAS PARA PROFESIONALES DE LA ÚLTIMA PROMOCIÓN

**N° de Folio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Apellido Materno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Cedula de Identidad

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO - D**

**DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |
| --- | --- |
| Documento | N° de documentos |
| **Fotocopia simple de Cédula de Identidad** |  |
| **Certificado de Egreso o de Título** (original o copia legalizada) |  |
| **Estampilla o certificado de EUNACOM (Anexo N°1)** |  |
| **Certificado de reconocimiento o revalidación del título de médico cirujano en Chile** (original o copia legalizada) (postulantes que se hayan titulado en alguna Universidad extranjera) |  |
| Certificado de escala de notas para titulados en Universidades extranjeras |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rubros | Anexos | Nº de Hojas |
| 1.- Calificación Médica Nacional | Presentar certificado |  |
| 2.- Ayudante Alumno | Anexo 2 |  |
| 3.- Trabajos Científicos | Anexo 3.1  Anexo 3.2 |  |
| 4.- Práctica de Atención Abierta | Anexo 4 |  |
| 5.- Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | Anexo 5 |  |

En el N° de hojas se debe considerar el Anexo respectivo

Una vez armada la carpeta se debe numerar cada hoja en un extremo de ella

**ANEXO N°1: EUNACOM**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009**

Pegar la estampilla o certificado del EUNACOM, (para profesionales egresados de las facultades de medicina y/o habilitados para desempeñarse como médico en el país desde el 19 de abril de 2009).

****

ANEXO Nº 2

# FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Institución:** |  |
| **Departamento:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |
| Año cursado: |  | Fecha inicio: |  | Fecha termino: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Director Escuela de Medicina** | **Director Escuela de Pregrado** | **Secretario de Estudios** |
| (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) | (Nombre, Firma y Timbre) |

***(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)***

**USO COMISION**

**TOTAL MESES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PUNTAJE OBTENIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ANEXO Nº 3.1 TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTA CON COMITÉ EDITORIAL

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS– RUBRO 3

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACION :** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACION :** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACION :** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACION :** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ANEXO Nº 3.2 TRABAJOS COMUNICADOS EN CONGRESOS CIENTIFICOS

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS – RUBRO 3

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DELCONGRESO:** |  |
| **FECHA DELCONGRESO:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DELCONGRESO:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DELCONGRESO:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **CO-AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DELCONGRESO:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**ANEXO Nº 4**

FORMULARIO PRACTICAS DE ATENCION ABIERTA

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Servicio de Salud:** |  |
| **Establecimiento Asistencial:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio** | **Fecha termino** | **Horas por año** | **Horario del Turno** |
| **4º** |  |  |  |  |
| **5º** |  |  |  |  |
| **6º** |  |  |  |  |
| **7º** |  |  |  |  |

**USO COMISION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Total Horas** | **Puntaje** |
|  |  |

**Nota: Se debe adjuntar el o los certificados de las Prácticas de Atención Abierta efectuadas teniendo el 4to año rendido emitido por el Profesional (médico, matrona, enfermero(a) u otro profesional) que supervisó directamente la práctica. El certificado debe contar con la firma del supervisor y visado por el Director del Establecimiento donde se realizó la práctica**

**ANEXO Nº 5**

# FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N°6**

**Formato de carta de Presentación de Reposición y/o Apelación**

**SRA.**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **RUT** | **Firma** |
|  |  |  |

* Se puede Reponer y/o Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición y/o Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.