##### II.- ANEXOS

ANEXO A

CRONOGRAMA

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso "El Mercurio" | 21/01/2016 |
| Recepción de antecedentes (of. de UDB) | 22/01/2016 - 12/02/2016 |
| Comisión Revisora | 15/02/2016 - 19/02/2016 |
| Puntajes Provisorios | 19/02/2016 |
| Recepción de Reposiciones  | 22/02/2016 - 26/02/2016 |
| Comisión de Reposición | 29/02/2016 – 03/03/2016 |
| Puntajes Provisorios con Reposición | 03/03/2016 |
| Recepción de Apelaciones | 04/03/2016 – 10/03/2016 |
| Comisión de Apelación | 11/03/2016 - 14/03/2016 |
| Puntajes Definitivos y Publicación de Plazas de Destinación | 15/03/2016 |
| Primer llamado viva voz | 18/03/2016 |
| Renuncias hasta las 12:00hrs del día 22/03/2016 | 21/03/2016 - 22/03/2016 |
| Publicación de plazas renunciadas | 23/03/2016 |
| Segundo llamado viva voz | 24/03/2016 |
| Tercer llamado a viva voz (condicionado a la existencia de plazas disponibles) | 29/03/2016 |

**ANEXO B**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION

POSTULACION AL

**PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2016, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD**



Timbre y fecha

Ministerio de Salud

Departamento Calidad y Formación, Unidad de Destinación y Becas del Ministerio de Salud, Mac-Iver 440, piso 7 oficina 704 Santiago Centro

(Lunes a jueves de 8:30 a 17:00 hrs. y viernes de 8:30 a 16:00 hrs.)

**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 N°A “Cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con timbre y fecha del Ministerio de Salud.

|  |
| --- |
| **ANEXO C** |

FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL

PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2016, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Cédula de Identidad

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
| B | Carátula de presentación de la postulación  |   |
| C | Formulario de Postulación  |  |
| 1 | Certificado de Titulo con Nota |  |
| 2 | Formulario Ayudante Alumno |   |
| 3 | Formulario Trabajos Científicos |   |
| 4 | Formulario Prácticas Atención Abiertas |   |

**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 1**

**ADJUNTAR CERTIFICADO DE TITULO CON NOTA:** Certificado de título o certificado de título en trámite extendido por la Universidad respectiva, que incluya la nota o calificación final obtenida, en caso que el certificado no incluya la nota final, deberá adjuntar certificado de nota de título final, suscritos por el Secretario Académico o quien corresponda.

Los postulantes que cuenten con título extranjero revalidado en Chile, deberán presentar certificado de la respectiva Universidad indicando la nota final de título y escala de calificación. Se calculará el equivalente a la nota, y se otorgará el 85% del puntaje del valor correspondiente.

ANEXO Nº 2

# FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO

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

**Todas las fechas deben ser en formato (día/mes/año)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Odontología** | **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

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

**ANEXO Nº 4**

FORMULARIO PRACTICAS DE ATENCION ABIERTA

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio****dd/mm/aa** | **Fecha termino****dd/mm/aa** | **Horas por año** | **Horario del Turno** |
| **4º** |  |  |  |  |
| **5º** |  |  |  |  |
| **6º** |  |  |  |  |

El Director del Establecimiento certifica que esta práctica de Atención Abierta fue realizada por el postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

**USO COMISION**

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

ANEXO N° 5

Formato de carta de Presentación de Reposición

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**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:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar y complementar la solicitud. **No se aceptan documentos nuevos.**

ANEXO N° 6

Formato de carta de Apelación

**SRA.**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

 **PRESENTE**

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

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

**Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar y complementar la solicitud**. No se considera documentación nueva.**