#####  ANEXOS

ANEXO Nº1

CRONOGRAMA

**CRONOGRAMA PROCESO DE SELECCIÓN**

**PARA MÉDICOS CIRUJANOS EDF - ART 8º LEY Nº 19.664**

**INGRESO AÑO 2017**

|  |  |
| --- | --- |
| Aviso diario El Mercurio | 19/06/2016 |
| **Recepción de antecedentes**  | 20/06/2016 al 15/07/2016 |
| **Comisión Evaluadora**  | 18/07/2016 al 29/07/2016 |
| Revisión de Antecedentes y envío de observaciones a postulantes  | 29/07/2016 |
| Publicación de puntajes provisorios  | 29/07/2016 |
| Etapa de reposición (reposición de documentos)  | 01/08/2016 al 05/08/2016 |
| Comisión de Reposición | 08/08/2016 al 12/08/2016 |
| Publicación de puntajes provisorios con reposición y envío de observaciones a los postulantes | 12/08/2016 |
| Etapa de Apelación (recepción de documentos) | 16/08/2016 al 22/08/2016 |
| Comisión de Apelación | 23/08/2016 al 25/08/2016 |
| Publicación de puntajes definitivos  | 26/08/2016 |
| Publicación cupos de Formación ingreso año 2017 | 30/08/2016 |
| Primer llamado viva voz | 02/09/2016 |
| Renuncias | 05/09/2016 al 09/09/2016 |
| Publicación de Renuncias | 12/09/2016 |
| Segundo llamado viva voz | 07/10/2016 |

 **“FORMULARIO”**

**CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

Departamento Calidad y Formación, Mac-Iver Nº 440 piso 7 Oficina 704, Santiago Centro (horario de atención lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 16: 00 hrs.)

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS CIRUJANOS EN ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION CONTRATADOS POR ART. 8º LEY Nº 19.664 AÑO 2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud**  |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de egreso** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo N°1 “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Ministerio de Salud.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TIMBRE**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 2****DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**  |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **ANEXOS/DOCUMENTO** | **Nº páginas** | **SI** | **NO** |
| 1º Antigüedad | 4 (A y B)  |  |  |  |
| 2º Nivel de Dificultad  | s/anexo |  |  |  |
| 3º Calificación Funcionaria  | certificado  |  |  |  |
| 4º Funciones Directivas  | 5 y 5.1  |  |  |  |
| 5º Trabajo en Posta Rural  | 6 y 6.1 |  |  |  |
| 6º Trabajos de Investigación | 7 |  |  |  |
| 7º Cursos de Perfeccionamiento | 8 |  |  |  |
| 8º Organización de Actividades con la Comunidad | 9 |  |  |  |
| 9º Actividades Docentes | 10 y 11 |  |  |  |
| 10º Médico Único | Resolución N° |  |  |  |

**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

**Nota:**

**Este documento se deja adjunto al Formulario de Postulación Anexo N° 3.**

**ANEXO Nº 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS CIRUJANOS EDF 2017**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de Folio** |  |  |  |

(Uso de la Comisión)

Es imprescindible adjuntar certificados 1 y 2 de condición contractual, fecha de ingreso, desempeño AP y Jornada.

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

 Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

 Nombres

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

 Rut

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |

Dirección particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (para enviar información)

Universidad de egreso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de egreso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día / Mes / Año)

Nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO:**

* Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Establecimiento de desempeño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Nº 4**

**CERTIFICADO DE CONTRATO Y DESEMPEÑO EFECTIVO EN EDF**

### ANTIGÜEDAD EN LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION ART.8º DE LA LEY Nº 19.664

#### El Subdirector(a) de Recursos Humanos del Servicio de Salud de ........................................., certifica que el (la) don (ña) ............................................ C.I.................................................. se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en el art. 8° de la Ley 19.664, habiendo ingresado mediante proceso de selección, desde el día ..........................., y que se desempeña con jornada de (11,22,33,44)...................horas semanales hasta la fecha\*................................................

Además certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el período de: fecha inicio............................ fecha de término...................... Nº total de días .............................

Asimismo, certifico que el (la) profesional antedicho, ............................medida Disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación sumaria o sumario administrativo se ordenó instruir con fecha ................................................resolviéndose la aplicación de la siguiente medida disciplinaria.............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre Subdirector RRHH |  | Firma y Timbre |  |

En los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.

Se debe certificar rellenado con las palabras indicadas entre comillas, en el espacio dispuesto para ello, si el funcionario “registra” o “no registra” medidas disciplinarias. En el caso de encontrase afecto, indicar la información solicitada en el párrafo siguiente.

### DESEMPEÑO EN APS

#### El Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud Dr.(a)..........................................................................certifica que el: Dr.(a)....................................................... se ha desempeñado en la Atención Primaria desde Fecha inicio ................ fecha de término ........ Nº meses........

Fecha : .......................

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Director de Atención Primaria Firma y Timbre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Subdirector Médico del SS Firma y Timbre

ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.

**\* Para acceder a programas de especialización se requiere de un mínimo de 36 meses de desempeño, en el nivel primario de salud de uno o más Servicios de Salud, o en establecimientos de salud municipal**.

**ANEXO Nº 5**

**CERTIFICADO DE FUNCIONES DIRECTIVAS**

SERVICIO DE SALUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEPENDENCIA (Municipal o SS). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESEMPEÑO EN SERVICIO DE SALUD**

Director de servicio

**DESEMPEÑO MUNICIPAL**

Alcalde o Director de Salud Municipal

Director de Atención Primaria de Servicio de Salud

|  |  |
| --- | --- |
|  | USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN |
| TOTAL MESES  | PUNTAJE |
|  |  |
| FIRMA |



Al llenar:

1. Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “ AÑO ( ) “
2. Marque con destacado los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificados (Anexo 5 )
3. En el período destacado, escriba el nombre de la jefatura correspondiente

**ANEXO Nº 6**

**CERTIFICADO DE TRABAJO EN POSTA RURAL**

**SERVICIO DE SALUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

 Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

 Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

 Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POSTA DE SERVICIO DE SALUD**

Director de Servicio

**POSTA MUNICIPAL**

Alcalde o Director de Salud Municipal

Director de Atención Primaria de Servicio de Salud

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN |
| TOTAL MESES | PUNTAJE |
|  |  |
| FIRMA |



Al llenar:

1. Indique el año correspondiente la (s) Postas realizadas en el espacio entre paréntesis “ AÑO ( ) “
2. Marque con destacado los periodos en que realizó las Postas, que acrediten con certificados (Anexo 6 )
3. En el período destacado, escriba el nombre de la Posta realizada.

**ANEXO Nº 7**

**CUADRO RESUMEN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

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

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Ordenar los trabajos en orden decreciente según el puntaje al que se postula.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ANEXO Nº 8**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

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

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**ANEXO Nº 9**

**CUADRO RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD**

NOMBRE DEL POSTULANTE

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Ordenar las actividades por ítem dentro del Rubro (proyectos, adquisiciones, trabajo con grupos organizados, actividades asistenciales, actividades de difusión, deportes y recreación), señalando el ítem respectivo al comienzo del grupo. Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Categoría | N°Certificado | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD O DE LA DESCRIPCIÓN | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO Nº 10**

**CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DOCENTES UNIVERSITARIAS COMO MÉDICO EN LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y Timbre

 (Docente Universidad)

 DIRECTOR ESCUELA

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN |
| TOTAL MESES | PUNTAJE |
|  |  |
| FIRMA |

Fecha de emisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº11**

**CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DOCENTES INSTITUCIONALES/COMUNITARIA COMO MÉDICO EN LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Institucional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comunitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Institucional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comunitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Institucional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comunitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y Timbre Firma y Timbre

 (Docente Institucional) (Docente Comunitaria)

Firma y Timbre

JEFE DPTO. RECURSOS HUMANOS JEFE DPTO. ATENCIÓN PRIMARIA O CAPACITACIÓN FUNCIONARIA EQUIVALENTE DEL SERVICIO DE SALUD

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN |
| TOTAL MESES | PUNTAJE |
|  |  |
| FIRMA |

Fecha de emisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 12**

**Formato de carta de Reposición**

**DRA.**

**GISELA ALARCON ROJAS**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

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

RUBRO Nº \_\_: **­­\_\_\_\_\_**ptos. Otorgados**.**

 \_\_\_\_\_ ptos. esperados.

 **Argumentación de Reposición:**

RUBRO Nº \_\_: ptos. otorgados.

 ptos. esperados.

 **Argumentación de Reposición:**

RUBRO Nº \_\_\_:\_\_\_\_\_\_ptos. otorgados.

 \_\_\_ptos. esperados. (Repítase tantas veces como sea necesario)

 **Argumentación de Reposición:**

**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 aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no cuenta.

**ANEXO Nº 13**

**Formato de carta de Apelación**

 **DRA.**

 **GISELA ALARCON ROJAS**

 **SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

 **PRESENTE**

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

RUBRO Nº \_\_: **­­**\_\_\_\_\_ptos. otorgados.

 \_\_\_\_\_ ptos. esperados.

 **Argumentación de Apelación:**

RUBRO Nº \_\_: ptos. otorgados.

 ptos. esperados.

 **Argumentación de Apelación:**

RUBRO Nº \_\_\_: ptos. otorgados.

 ptos. esperados. (Repítase tantas veces como sea necesario)

 **Argumentación de Apelación:**

**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 aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no cuenta.

**ANEXO Nº 14**

**RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACION**

**MEDICOS EDF AÑO 2017**

## **CUPO Nº .....**

###### COMISION DE ESTUDIO PARA MÉDICOS EN ETAPA DESTINACION Y FORMACION

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**CUPO OBTENIDO :**

**UNIVERSIDAD :**

**SEDE :**

**DURACION :**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**