1. **ANEXOS**

ANEXO Nº1: CRONOGRAMA

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso “El Mercurio” | 09/04/2017 |
| Recepción de antecedentes  | 10/04/2017 – 20/04/2017 |
| Evaluación psicológica | 24/04/2017 al 26/04/2017 |
| Entrevista Personal (Se informará hora y lugar) | 27/07/2017 ó 28/04/2017 |
| Publicación puntajes provisorios | 02/05/2017 |
| Recepción de Apelación (hasta 12:00 pm del 20/04/2015) | 03/05/2017– 05/05/2017 |
| Puntajes Definitivos | 08/05/2017 |
| Notificación seleccionados(as) | 8/05/2017 |
| Inicio  | 10/05/2017 |

**Plazos**

El Proceso de Selección para becas para desarrollar programas de especialización, se desarrollará en los plazos que para sus diversas etapas se establezcan en el Anexo N° 1 "Cronograma" de las presentes Bases.

Todos los plazos de estas Bases son de días hábiles en los términos del Artículo N°25 de la ley 19.880; en consecuencia, no corren en días sábados, domingos ni festivos. No obstante, cuando el vencimiento de un plazo se produzca un día sábado, domingo o festivo, se entenderá prorrogado al día hábil siguiente. Todas las consultas sobre este proceso deben ser dirigidas al correo electrónico: concursos.araucaniasur@asur.cl o bien, al fono: (45)556408.

**ANEXO N° 2:“FICHA DE POSTULACIÓN”**

1. ANTECEDENTES PERSONALES

|  |  |
| --- | --- |
| RUT |  |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| TELÉFONO(S) DE CONTACTO |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| DOMICILIO (Calle, N°, Depto.) |  |
| COMUNA |  | CIUDAD |  |
| UNIVERSIDAD DE EGRESO |  | FECHA DE TITULACION |  |
| SEDE |  |

1. ESPECIALIDAD(ES) A LA(S) CUAL(ES) POSTULA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESPECIALIDAD | CENTRO FORMADOR | INDICARORDEN DEPRIORIDAD |
| MEDICINA FAMILIAR | **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA** |  |
| MEDICINA INTERNA | **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA** |  |
| MEDICINA DE URGENCIA ADULTO | **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA** |  |
| PSIQUIATRIA ADULTO | **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA** |  |
| NEUROCIRUGIA | **UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA** |  |
| MEDICINA INTERNA | **UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE** |  |
| OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | **UNIVERSIDAD DE CHILE** |  |
| PSIQUIATRIA ADULTO | **UNIVERSIDAD MAYOR** |  |

La presente postulación implica aceptación a la aplicación de evaluación psicológica y entrevista para medir aptitudes y habilidades asociadas a la especialidad(es) a la cual(es) postula. En caso de ser notificado para asistir a evaluación psicológica se solicita respectar las fechas de citación. La documentación de evaluación psicológica, es de carácter reservado y queda en propiedad del Servicio de Salud Araucanía Sur.

|  |
| --- |
|  |
| FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE |

**ANEXO N° 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 N° 4: 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° 5: FORMATO DE CARTA DE APELACIÓN**

**DR.MILTON MOYA KRAUSE**

**DIRECTOR (T. y P.)**

**SERVICIO DE SALUD DE ARAUCANÍA SUR**

**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:**  |
|  |

* Para que la apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud, NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.
* El rubro entrevista personal no es apelable

**ANEXO N° 6: RESUMEN DE ANTECEDENTES PRESENTADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO | :  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Uso del postulante | **Uso exclusivo de la comisión de concurso** |
| Nº de Documentos Enviados | RUBROS | Puntaje Máximo por Rubro | Puntaje Obtenido |
|  | Rubro 1: Calificación Médica Nacional | 20 PUNTOS |  |
|  | Rubro 2: EUNACOM | 10 PUNTOS |  |
|  | Rubro 3:Trabajos Científicos | 5 PUNTOS |  |
|  | Rubro 4: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | 10 PUNTOS |  |
|  | Rubro 5: Evaluación Psicológica | 15 PUNTOS |  |
|  | Rubro 6: Entrevista Personal de Valoración Global | 40 PUNTOS |  |
| PUNTAJE FINAL |  |

OBBSERVACIONES (Uso exclusivo Comisión):

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

Nombre Integrantes Comisión: