##### II.- ANEXOS

**ANEXO 1 CRONOGRAMA**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso "El Mercurio" | 18/12/2016 |
| Recepción de antecedentes (Mac Iver N°541, 2° piso) | 19/12/2016 – 13/01/2017 |
| Comisión Revisora | 16/01/2017 – 19/01/2017 |
| Puntajes Provisorios | 20/01/2017 |
| Recepción de Reposiciones  | 23/01/2017 - 27/01/2017 |
| Comisión de Reposición | 01/02/2017 - 03/02/2017 |
| Puntajes Provisorios con Reposición | 03/02/2017 |
| Recepción de Apelaciones | 06/02/2017 - 10/02/2017 |
| Comisión de Apelación | 13/02/2017 - 15/02/2017 |
| Puntajes Definitivos y Publicación de Cupos | 16/02/2017 |
| Primer llamado viva voz | 20/02/2017 |
| Renuncias (12:00hrs del día 23/02/2017) | 21/02/2017 - 23/02/2017 |
| Publicación de cupos de becas renunciados | 24/02/2017 |
| Segundo llamado viva voz | 27/02/2017 |

**ANEXO 2**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION

**PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2017, PARA CIRUJANOS DENTISTAS CON DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CONTRATADOS POR LA LEY Nº 19.378, O POR EL ART. 9 DE LA LEY Nº 19.664**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo Electrónico** |  |

Timbre recepción

Ministerio de Salud

Oficina de Dpto. Formación, Perfeccionamiento y Ed. Continua, Mac-Iver 541, 2° piso, Santiago (Lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 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 1 “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Ed. Continua.

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

**ANEXO 3: Formulario de postulación para el acceso a cupos de especialización Concurso CONEO 2017**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Dirección Institucional** |  |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.378** |  |  **19.664** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad** |  |
| **Fecha de Titulo** |  |

**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 4: DETALLE DE LA DOCUMENTACION ENTREGADA**

**IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Servicio de Salud o Municipalidad  |  |

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **N° Anexo**  | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| **Desempeño Asistencial y/o Laboral** |  |  |  |
| **Rubro 1**: Antigüedad laboral total. Tiempo de desempeño contratado en APS Municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud (Anexo Nº 6. A o 6.B) |  |  |  |  |
| **Rubro 2**: Desempeño laboral como cirujano dentista |  |  |  |
| a) Desempeño como cirujano dentista clínico asistencial en atención primaria de salud(Anexo Nº6. A o 6.B) |  |  |  |  |
| b) Desempeño en Ronda de Posta Rural y/o clínica móvil en lugar de difícil acceso (Anexo Nº7) |  |  |  |  |
| c) Desempeño en SAPU dental y/o Servicio de Urgencia (Anexo Nº 8) |  |  |  |  |
| d) Desempeño en otro cargos de gestión y/o Responsabilidad (Anexo N°9) |  |  |  |  |
|  e) Desempeño en Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario (Anexo N° 13) |  |  |  |  |
| **Rubro 3**: Proyectos Asistenciales de Desarrollo Local (Anexo Nº12) |  |  |  |  |
| **Desempeño Académico** |  |  |  |
| **Rubro 4**: Presentación de publicaciones (Anexo Nº 10) |  |  |  |  |
| **Rubro 5**: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento (Anexo Nº 11) |  |  |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

**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 N° 5**

CERTIFICADO DE TITULO CIRUJANO DENTISTA

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS**

Se debe adjuntar el Certificado de Titulo de Cirujano Dentista extendido por la Universidad respectiva, que incluya la nota o calificación final obtenida, suscrito por el Secretario Académico o quien corresponda, en original o copia legalizada ante notario.

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS**

Aquellos profesionales titulados en el extranjero, deberán además adjuntar la certificación de homologación vigente de su título por las autoridades legales competentes (Universidad de Chile y/ o Ministerio de Relaciones Exteriores).

**ANEXO N° 6.A**

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO Y DESEMPEÑO EN

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

(Funcionarios Ley Nº19.378)

El Alcalde/ Jefe/ Director de Recursos Humanos de la Corporación o Departamento de Salud Municipal, Don (nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, certifica que:(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se encuentra contratado (a), desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que desempeña una jornada laboral de (11, 22, 33 o 44) \_\_\_\_\_\_\_\_horas semanales.

Asimismo, certifica que el dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar la relación de servicio u hoja de vida funcionaria según corresponda.*

**ANEXO N° 6.B**

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO Y DESEMPEÑO EN

SERVICIOS DE SALUD

(Funcionarios Ley Nº19.664)

El Subdirector de Recursos Humanos del Servicio de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien desempeña funciones en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se encuentra contratado (a), desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que desempeña una jornada laboral de (11, 22, 33 o 44) \_\_\_\_\_\_\_\_horas semanales.

Asimismo, certifica que el dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Subdirector de Recursos Humanos

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar relación de servicio u hoja de vida funcionaria.*

*Si el postulante tiene más de un empleador, debe presentar un anexo por cada uno de ellos.*

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN RONDAS DE POSTAS RURALES Y/O EN CLINICA MOVIL EN LUGAR DE DIFICIL ACCESO

**ANEXO N° 7. A CLINICA MOVIL**

El Subdirector(a) Médico o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que el Dr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en Atención Odontológica por un período de:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAS** | **MESES** | **INICIO** | **TERMINO** | **LUGAR** | **PERNOCTA SI/NO** | **FRECUENCIA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**El desempeño en clínica móvil en lugar de difícil acceso está referido al componente a. del programa odontológico integral “Estrategia: Clínicas dentales móviles para realizar actividades recuperativas en poblaciones de difícil” u otro de similares características desarrollado en dependencia Municipal.**

**ANEXO N° 7. B RONDA DE POSTA RURAL**

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

**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 o Subdirector Medico

**POSTA MUNICIPAL**

Alcalde o Director de Salud Municipal

Director de Atención Primaria de Servicio de Salud

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

**ANEXO Nº 7.C** **ESQUEMA RONDA POSTA RURAL (RUBRO Nº 2)**



Al llenar:

* Indique el año correspondiente la (s) Postas realizadas en el espacio entre paréntesis “ AÑO ( ) “
* Marque con destacado los periodos en que realizó las Postas, que acrediten con certificados (Anexo 7.B )
* En el período destacado, escriba el nombre de la Posta realizada.

**ANEXO N° 8**

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN TURNOS DE SAPU DENTAL Y/O SERVICIO DE URGENCIA

El Subdirector(a) Médico o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el Dr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en el SAPU Dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o Servicio de Urgencia del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Efectuando turnos de 28 horas, por un período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses, desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en horario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrs a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrs.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**ANEXO N° 9**

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN OTROS CARGOS DE GESTIÓN Y/O RESPONSABILIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del que certifica |  |
| Cargo (Jefe/Subdirector) del que certifica |  |
| Establecimiento (Secretaria Regional Ministerial – Servicio de Salud - Corporación Municipal – Municipalidad) |  |
|  |
| Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |

Certifico que cumplió funciones de gestión o responsabilidad certificables en las siguientes unidades:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD** | **CARGO** | **INICIO** | **TERMINO** | **JORNADA****HORAS SEMANALES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Asimismo, certifica que dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar la relación de servicio u hoja de vida funcionaria según corresponda.*

**ANEXO Nº 10**

CUADRO RESUMEN DE PUBLICACIONES

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA PUBLICACION | NOMBRE REVISTA O CONGRESO | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

**ANEXO Nº 11**

CUADRO RESUMEN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

**ANEXO Nº 12**

CUADRO RESUMEN DE PROYECTOS ASISTENCIALES DE DESARROLLO LOCAL

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PROYECTO | ENTIDAD FINANCISTA | MONTO PROYECTO(PESOS) | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

**ANEXO N° 13**

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El Director(a) o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que el Dr(a)(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha desempeñado Atención en el establecimiento (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por un período mínimo de 6 meses en los siguientes ámbitos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ámbito | Fecha inicio | Fecha termino (o actual) |
| Visitas Domiciliarias Integrales a Familias (Conocer entorno familiar, etc) |  |  |
| Atención odontológica en domicilio (visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio como postrados o personas en situación de discapacidad) |  |  |
| Intervenciones de Familia (Trabajo con Familias con aplicación de instrumentos tales como: APGAR Familiar, Genograma, ECOMAPA, etc) |  |  |
| Intervenciones comunitarias: Intervención odontológica comunitaria (Sembrando Sonrisas y/o similares), técnicas ART y otras.  |  |  |
| Trabajo en Proceso de Diagnóstico Participativo de su sector o su centro de salud.\* |  |  |

\*El trabajo en Proceso de Diagnóstico Participativo consiste en liderar el proceso o participar en todas sus etapas.

\*\*Se entiende el desempeño en cada ámbito, como a la participación permanente y constante, con un mínimo de 6 meses de continuidad, en uno o todos de los siguientes ámbito

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**ANEXO N° 14**

Formato de carta de Patrocinio Funcionario Ley N°19.378

El/La Alcalde(sa) de la I. Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el profesional, Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien desempeña funciones en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuenta con el respaldo, en su calidad de funcionario, para efectuar su postulación al “Proceso de Selección para cupos en programas de especialización año 2017, para Cirujanos Dentistas con desempeño en la Atención Primaria de Salud, contratados por la Ley Nº 19.378, o por el Art. 9 de la Ley Nº 19.664”, desarrollado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

El profesional accederá al programa de especialización por él/ella seleccionado, en calidad de misión de estudios, según lo establecido en el Art. 43° de la Ley N°19.378, debiendo retornar a desempeñarse en calidad de especialista por al menos el doble del tiempo de formación.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre (firma y timbre)

Alcalde I. Municipalidad de ………………

**ANEXO N° 15**

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 la solicitud.

**ANEXO N° 16**

Formato de carta de Apelación

 **DR/A.**

 **GISELA ALARCON ROJAS**

 **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 la solicitud.

**ANEXO Nº 17**

**Renuncia cupo de Especialización CONEO año 2017**

## **CUPO Nº .....**

**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-.............**