**FORMULARIO DE POSTULACIÓN A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACIÓN MÉDICO CIRUJANO AÑO 2017 SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

N° DE FOLIO (Uso de la Comisión)

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

IDENTIFICACION (Escribir con letra imprenta)

APELLIDO PATERNO

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

APELLIDO MATERNO

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

NOMBRES

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

R.U.T.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | \_ |  |

DOMICILIO:

CALLE......................................................................N°...................................

COMUNA................................CIUDAD......................................FONO...............

FECHA DE NACIMIENTO…………………… CORREO ELECTRÓNICO…………………….…..…………

FECHA DE TITULO.......................UNIVERSIDAD. ...............................................

SEDE.........................................

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

Día Mes Año Firma del Postulante

**CONCURSO PROFESIONALES MEDICOS CIRUJANOS INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2017**

RESUMEN DE ANTECEDENTES

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uso del postulante |  | USO EXCLUSIVO DE LA COMISION | | | | | | | |
| N° DOCUMENTOS | RUBROS | |  | PUNTAJE MAXIMO | PUNTAJE TOTAL | | | | |
|  | 1.- CALIFICACION MEDICA NACIONAL | |  | 35 |  | |  |  |  |
|  | 2.- AYUDANTE ALUMNO | |  | 4 |  | |  |  |  |
|  | 3.- TRABAJOS CIENTIFICOS | |  | 4 |  | |  |  |  |
|  | 4.- PRACTICAS DE ATENCION ABIERTA | |  | 4 |  | |  |  |  |
|  | 5.- IDONEIDAD PARA EL CARGO  a) Capacitación y Perfeccionamiento | | 4 | 28 | |  |  |  |  |
| b) Funciones Gestión Asistencial | | 2 |  |  |  |  |
| c) Turnos de Residencia o llamada | | 4 |  |  |  |  |
| d) Trabajo en Extensiones Horarias | | 4 |  |  |  |  |
| e) Antigüedad laboral mismo lugar | | 4 |  |  |  |  |
| f) Evaluación de Competencias | | 10 |  |  |  |  |
|  | 6.- ENTREVISTA PERSONAL | |  | 25 | |  |  |  |  |
| **PUNTAJE FINAL** | | |  |  | | | | | |

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO RUBRO 2**

**CERTIFICADO AYUDANTE ALUMNO**

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

**Institución :**

**Departamento :**

Año cursado: Fecha de Inicio: de de

Fecha de Término: de de

Año cursado: Fecha de Inicio: de de

Fecha de Término: de de

Año cursado: Fecha de Inicio: de de

Fecha de Término: de de

Año cursado: Fecha de Inicio: de de

Fecha de Término: de de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIRECTOR ESCUELA DE MEDICINA**  (Nombre, Firma y Timbre) | **DIRECTOR ESCUELA DE PREGRADO**  (Nombre, Firma y Timbre) | **SECRETARIO DE ESTUDIOS**  (Nombre, Firma y Timbre) |

**Cumple requisito con la firma de una de las tres autoridades Universitarias**

**USO COMISIÓN**

TOTAL MESES:PUNTAJE OBTENIDO:

**ANEXO RUBRO 3**

**ANTECEDENTES POR TRABAJOS CIENTIFICOS**

1) IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

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

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

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

Uso exclusivo de la Comisión

2) PUNTAJE POR TRABAJOS

1 2 3 4 5 6 7 8 TOTAL

Máx.

ANTECEDENTES DE LOS TRABAJOS:

1)

|  |
| --- |
| Título: |
| Autores: |
| Congreso o Revista: |
| Fecha de presentación o publicación (mes y año) |

2)

|  |
| --- |
| Título: |
| Autores: |
| Congreso o Revista: |
| Fecha de presentación o publicación (mes y año) |

3)

|  |
| --- |
| Título: |
| Autores: |
| Congreso o Revista: |
| Fecha de presentación o publicación (mes y año) |

4)

|  |
| --- |
| Título: |
| Autores: |
| Congreso o Revista: |
| Fecha de presentación o publicación (mes y año) |

**ANEXO RUBRO 4**

**CERTIFICADO PRACTICAS DE ATENCION ABIERTA**

**Nombre Completo :**

**Establecimiento Asistencial :**

**(INDIQUE SERVICIO DE SALUD AL QUE PERTENECE)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Término** | **Horas por Año** | **Horario del Turno** |
| **5°** |  |  |  |  |
| **6°** |  |  |  |  |
| **7°** |  |  |  |  |
| **Egresado** |  |  |  |  |

El Director del Establecimiento certifica que esta Práctica de Atención Abierta fue realizada por el postulante sin remuneración (ad-honorem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROFESIONAL SUPERVISOR**  (Nombre, Firma y Timbre) |  | **DIRECTOR ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**  (Nombre, Firma y Timbre) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** | |
| TOTAL HORAS | PUNTAJE |
|  |  |

## CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

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

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

## FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE APELACIÓN

**DRA.**

**BEATRIZ MARTÍNEZ MALLETT**

**SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ASISTENCIAL**

**SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, 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.

**Argumentación de Apelación:**

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

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

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

RUBRO Nº : ptos.

**Argumentación de Apelación:**

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

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

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

RUBRO Nº : ptos.

**Argumentación de Apelación:**

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

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

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

RUBRO Nº : ptos.

**Argumentación de Apelación:**

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

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

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

RUBRO Nº : ptos.

**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 con que cuenten para apoyar la solicitud.