**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 2018, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CEDULA IDENTIDAD |  |
| DIRECCIÓN |  |
| COMUNA – CIUDAD |  |
| TELEFONO/CELULAR |  |
| NACIONALIDAD |  |
| FECHA NACIMIENTO |  |
| UNIVERSIDAD DE TITULACION |  |
| FECHA DE TITULACION |  |
| CORREO ELECTRONICO |  |

Timbre y fecha

Ministerio de Salud

Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación continua del Ministerio de Salud, Mac-Iver 541, piso 2 Santiago Centro

(Lunes a jueves de 8:30 a 16:00 hrs. y viernes de 8:30 a 15:00 hrs.)

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

FORMULARIO DE POSTULACIÓN AL

PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2018, 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 de actividades vinculadas a cargos de Ayudante Alumno |  |
| 3 | Formulario Trabajos Científicos |  |
| 4 | Formulario de Capacitación y Cursos de Perfeccionamiento |  |
| 5 A | Formulario Prácticas Atención Abiertas |  |
| 5 B | Formulario Actividades de Promoción de la salud |  |

**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 D** |

LISTADO DE COTEJO ANTECEDENTES PRESENTADOS

PROCESO DE SELECCION DE CIRUJANOS DENTISTAS, PARA EL INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACION Y FORMACION AÑO 2018, DEL ARTICULO 8° DE LA LEY N°19.664 DE LOS SERVICIOS DE SALUD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTE** | **PRESENTADO** | |
| **SI** | **NO** |
| Formulario Postulación Firmado |  |  |
| Copia Simple Cedula Identidad |  |  |
| Certificado de Título con nota |  |  |
| Certificado de Internado Clínico |  |  |
| Anexo Rubro Calificación con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo de actividades vinculadas a cargos de Ayudante Alumno con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Trabajos Científicos con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Capacitación y Cursos de Perfeccionamiento |  |  |
| Anexo Practica Atención Abierta con documentos de respaldo |  |  |
| Anexo Actividades de Promoción de la salud con documentos de respaldo |  |  |
| Todos los antecedentes ordenados, numerados y legalizados, cuando corresponda |  |  |

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO 1**

**Certificado de Título con nota**

**ADJUNTAR CERTIFICADO DE TITULO CON NOTA:** Certificado de título 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 además especificar con qué escala fue calculada la nota. Se calculará el equivalente a la nota, y se otorgará el 95% del puntaje del valor correspondiente.

ANEXO Nº 2

# FORMULARIO DE ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Institución:** |  |
| **Asignatura:** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel cursado\*\*: |  | Fecha inicio : | / / | Fecha termino: | / / | Horario (inicio/término) | / |
| Nivel cursado: |  | Fecha inicio: | / / | Fecha termino: | / / | Horario (inicio/término) | / |
| Nivel cursado: |  | Fecha inicio: | / / | Fecha termino: | / / | Horario (inicio/término) | / |
| Nivel cursado: |  | Fecha inicio: | / / | Fecha termino: | / / | Horario (inicio/término) | / |
| Nivel cursado: |  | Fecha inicio: | / / | Fecha termino: | / / | Horario (inicio/término) | / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Se deberá adjuntar un anexo por cada ayudantía realizada

\*\*Nivel cursado se refiere al año académico cursado (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°)

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: |

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

vi)

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

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

vii)

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

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

viii)

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

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

ix)

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

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

x)

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

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

**ANEXO Nº 4**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACION 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** | **N° horas** | **Aprobado con nota** | **PUNTAJE (uso exclusivo comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO Nº 5 A**

FORMULARIO PRACTICA DE ATENCION ABIERTA

|  |
| --- |
| **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Servicio de Salud/Comuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Establecimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** | **Fecha inicio**  **dd/mm/aa** | **Fecha termino**  **dd/mm/aa** | **Cantidad de días** | **Cantidad de Horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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.

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

**TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

**USO COMISION**

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

**ANEXO Nº 5 B**

FORMULARIO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

|  |
| --- |
| **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Servicio de Salud/Comuna:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Establecimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la Actividad** | **Fecha inicio**  **dd/mm/aa** | **Fecha termino**  **dd/mm/aa** | **Cantidad de días** | **Cantidad de Horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

**TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

**USO COMISION**

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

ANEXO N° 6

Formato de carta de Presentación de Reposición

**SRES. COMISIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión de (marcar con una X la opción que corresponda):

A. Declaración de inadmisibilidad de la postulación:

B. 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:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

**Nombre, 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.**

**Solicito apelación en subsidio: SÍ NO**

ANEXO N° 7

Formato de carta de Apelación

**SRS. COMISION DE APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión de (marcar con una X la opción que corresponda):

A. Declaración de inadmisibilidad de la postulación:

B. 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:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

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

**Nombre, 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.**