**ANEXO 1: CONCENTRACION DE NOTAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **RUT** |  |
| **INSTITUCIÓN** |  |
| **DEPARTAMENTO** |  |

Este anexo debe ser llenado por los profesionales egresados de Universidades extranjeras, y deben incorporar concentración de notas y la escala de notas de su Universidad donde se especifique cual es la nota máxima y la de aprobación, para de este modo homologar la nota a la escala chilena. (Toda la documentación debe ser fotocopia legalizada)

Esta concentración de notas se utilizará para extraer la información referente a Licenciatura, Internado y Pre título para realizar el cálculo de lo que en Chile se considera como Calificación Médica Nacional.

ANEXO Nº 2 FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO

|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio**  dd/mm/aa | **Fecha término**  dd/mm/aa | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **Director Escuela de Medicina 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)***

***Debe adjuntar certificado de respaldo***

ANEXO Nº 3.1 TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTA CON COMITÉ EDITORIAL

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS– RUBRO 3**

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DE REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PUBLICACIÓN O FECHA DE ACEPTACIÓN:** |  |

ANEXO Nº 3.2 TRABAJOS COMUNICADOS EN CONGRESOS CIENTÍFICOS

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS – RUBRO 3**

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTOR:** |  |
| **NOMBRE DEL CONGRESO:** |  |
| **FECHA DEL CONGRESO:** |  |

**ANEXO Nº 4.1 FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN ABIERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año Académico Cursado** | **Fecha inicio** | **Fecha término** | **Horas por año** | **Horario del Turno** |
| **4º** |  |  |  |  |
| **5º** |  |  |  |  |
| **6º** |  |  |  |  |
| **7º** |  |  |  |  |

**Nota: Se debe adjuntar el o los certificados de las Prácticas de Atención Abierta efectuadas teniendo el 4to año rendido, emitido por el Profesional (médico, matrona, enfermero(a) u otro profesional) que supervisó directamente la práctica. El certificado debe contar con la firma del supervisor y visado por el Director del Establecimiento donde se realizó la práctica**

**ANEXO Nº 4.2 FORMULARIO HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **UNIVERSIDAD** |  |
| **SERVICIO DE SALUD** |  |
| **ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA DE INTERNADO** | **CANTIDAD DE HORAS** | **DÍAS** | **ESTABLECIMIENTO** | **AÑO ACADÉMICO CURSADO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS:** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **CARGO (**Indicar Director de Carrera o Secretario de Estudios**)** |  |
| **FIRMA** |  |
| **TIMBRE** |  |

Nota: No se considerará desempeño en establecimientos de urgencias como tiempo de actividad de práctica.

Debe acompañar certificado que especifique días y horarios de trabajo lo que debe ser concordante con las horas declaradas en este anexo. La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 240 horas. No se asignará puntaje a prácticas en internados por menos de 120 horas.

En caso de que el número de programas exceda el número de espacios disponibles en este anexo, repita cuantas veces sea necesario.

**ANEXO Nº 5: 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXO N° 6**

**Formato de carta de Presentación de Reposición y/o Apelación con Subsidio**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

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

En caso de apelar inadmisibilidad solo describir argumentación en este formulario y adjuntar documentos necesarios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICIÓN:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **RUT** | **Firma** |
|  |  |  |

* Se puede Reponer y/o Apelar tanto por un rubro como por todos ellos.
* Para que la Reposición y/o Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todoslos antecedentes con que se cuenten para apoyar la solicitud, respecto de documentosenviados previamente (No se aceptará documentación nueva).



# SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# Depto. Capacitación, Formación y Educación Continua

## PLAZA Nº \_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 7 FORMATO RENUNCIA A LA PLAZA DE DESTINACIÓN**

**CONCURSO MINISTERIAL (CONISS AÑO 2021)**

**INGRESO A ETAPA DESTINACIÓN Y FORMACIÓN PARA**

**MÉDICOS CIRUJANOS DE ÚLTIMA PROMOCION**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELÉFONO (Móvil o Fijo)**

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

**CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono alternativo de contacto**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIO DE SALUD :**

**ESTABLECIMIENTO :**

**NIVEL DE DIFICULTAD-DESEMPEÑO :**

**Declaro que renuncio a la plaza de destinación obtenida en este proceso de selección**

##### 

##### Firma postulante o representante

**Santiago,**



# SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# Depto. Capacitación, Formación y Educación Continua

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO N° 8 FORMATO RENUNCIA A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO MINISTERIAL (CONISS AÑO 2021)**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELÉFONO (Móvil o Fijo)**

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

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD EGRESO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono alternativo de contacto**

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE P.A.O. :**

**ESTABLECIMIENTO P.A.O. :**

**Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección**

**Firma postulante o representante**

**Santiago,**