**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 de 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/las 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 Nº2

# 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)***

\*Se deberá adjuntar un anexo por cada ayudantía realizada

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

ANEXO Nº3

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

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

ii)

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

iii)

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

iv)

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

v)

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

vi)

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

vii)

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

viii)

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

ix)

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

x)

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

**ANEXO Nº4**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO

|  |
| --- |
| **Nombre de el/la Postulante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: ordenar los cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto.

**Adjuntar tantas copias de esta página como sea necesario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del curso** | **N° horas** | **Aprobado con nota** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXO Nº5.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/la postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

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

 **TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

**ANEXO Nº5.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/la postulante en modalidad ad honorem (no remunerada), en horario extracurricular.

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

 **TUTOR DIRECTOR ESTABLECIMIENTO**

ANEXO Nº6

# FORMULARIO DE ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre:**  |  |  |
| **Institución:** |  |  |
| **Organización** |  |  |
| **Cargo:** |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha inicio : | / / | Fecha termino:  | / / |
| Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / |
| Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / |
| Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / |
| Fecha inicio: | / / | Fecha termino:  | / / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Decano/ Director Escuela de Odontología** | **Director 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)***

ANEXO N°7

Formato de carta de Presentación de Reposición con Apelación en subsidio

**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.**



# SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

# Depto. Capacitación Formación y Educación Continua

## CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº8**

**RENUNCIA A PLAZA**

**CONCURSO DENTISTAS NUEVA PROMOCION 2021**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

**CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**SERVICIO DE SALUD:**

**ESTABLECIMIENTO:**

**NIVEL DE DIFICULTAD-DESEMPEÑO :**

Firma postulante

**Santiago,**