**ANEXOS**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación | Martes 17.05.2022 |
| Recepción de antecedentes | Martes 17.05.2022 al  Viernes 20.05.2022 |
| Revisión de Antecedentes | Lunes 23.05.2022 |
| Listado de Puntajes Provisorios | Lunes 23.05.2022 |
| Recepción de Reposiciones | Martes 24.05.2022 |
| Revisión de Reposiciones | Miércoles 25.05.2022 |
| Listado de Puntajes Provisorios con Reposición | Miércoles 25.05.2022 |
| Recepción de Apelaciones | Jueves 26.05.2022 y Viernes 27.05.2022 |
| Revisión de Apelaciones | Lunes 30.05.2022 |
| Listado de Puntajes Definitivos | Lunes 30.05.2022 |
| Llamado a Viva Voz | Martes 31.05.2022 |
| Inicio de Funciones | Miércoles 01.06.2022 |

El presente cronograma es referencial, puede sufrir modificaciones y/o ajustes por razones de fuerza mayor o de buen servicio, los que se comunicarán oportunamente a través de la página web del Servicio de Salud Aysén, entendiéndose así conocidas por los postulantes, por lo que se recomienda visitar regularmente dicho portal y realizar seguimiento al proceso.

|  |
| --- |
| **ANEXO B. FORMULARIO DE POSTULACIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Folio** |  |  |  |  | **Meses de Antigüedad** |  |  |
| **Uso exclusivo Comisión** | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO (escribir con letra imprenta)** | |
| **Establecimiento(s) de desempeño** |  |

**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 O REPRESENTANTE**

**ANEXO C: DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Establecimiento(s) de desempeño |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| Formulario de Postulación (Anexo B) **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | B |  |
| Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | - |  |
| Certificado de Titulo Original o Fotocopia legalizada **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | - |  |
| Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | - |  |
| Carta de patrocinio de la Dirección del Servicio de Salud Aysén y del Establecimiento Asistencial respectivo de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aysén, de desempeño del postulante **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | D |  |
| Certificado de Relación de Servicios y hoja de vida, emitido por la Oficina de Personal del Servicio de Salud Aysén o Establecimiento respectivo **(REQUISITO DE ADMISIBILIDAD)** | - |  |
| **RUBRO 1:** Antigüedad en Establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aysén. | 1 |  |
| **RUBRO 2:** Desempeño. | 2 |  |
| **RUBRO 3:** Perfeccionamiento y Educación Continua | 3 |  |
| **RUBRO 4:** Docencia- Capacitación. | 4 |  |
| **RUBRO 5:** Trabajos científicos publicados. | 5 |  |

**ANEXO D: FORMATO DE CARTA DE PATROCINIO DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN Y DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL RESPECTIVO DE LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN.**

El Servicio de Salud Aysén patrocina la participación del/de la profesional funcionario Sr./Sra./Srta. …………………………………………cédula de identidad:……………………………………a cupo de especialización en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica para Concurso de Químico- Farmacéuticos, ingreso año 2022.

Además, el Servicio de Salud Aysén y el Hospital………………………………………… asegura contratación de 44 horas al ingreso de la Formación y dictar la Comisión de Estudios correspondiente, así mismo el desarrollo de las actividades como especialista a su retorno.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre Director Servicio de Salud Aysén  Timbre y Firma | Nombre Director Hospital …………..  Timbre y Firma |

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO E. FORMATO CARTA DE REPOSICIÓN/ APELACIÓN**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN/ APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de los siguientes rubros.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:

1. Se puede apelar tanto por un(o) o más rubro(s) como por todos ellos

2. Para que la apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. No se considerará información ni documentación nueva, solo aclaratorio a lo ya presentado.

**ANEXO Nº 1**

**ANTIGÜEDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL**

**DEL SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

El Servicio de Salud Aysén**,** certifica que Don/ña ........................................................................................................................... C.I.................................................. se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jornada (44 hrs.) | Desde | Hasta |
|  |  |  |

Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo y Nombre** |  |  | **Firma y Timbre** |  |

Fecha de emisión:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.

**ANEXO Nº 2.1**

**SUB RUBRO PROTOCOLOS**

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° ORDEN** | **NOMBRE PROTOCOLO, NORMA O GUÍA** | **PUNTAJE**  **(USO EXCLUSIVO COMISIÓN)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes**

**ANEXO Nº 2.2**

**SUB RUBRO FUNCIONES DE GESTIÓN**

SERVICIO DE SALUD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DE GESTIÓN (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes**

**ANEXO Nº 3**

**PERFECCIONAMIENTO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

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

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **Nº HRS. PEDAGÓGICAS** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo Comisión)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes**

**ANEXO Nº 4.1**

**DOCENCIA UNIVERSITARIA O TUTORÍA**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_marcar con una X la casilla que corresponda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios.**

**ANEXO Nº 4.2**

**DOCENCIA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios.**

**ANEXO Nº 4.3**

**DOCENCIA – CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios.**

**ANEXO Nº 5**

**TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS**

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

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE  (Uso exclusivo Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes acreditativos correspondientes. ”.**