

**CARATULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN  
POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL**

<b>Apellido Paterno</b>	
<b>Apellido Materno</b>	
<b>Nombres</b>	
<b>Cedula de Identidad</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Telefono1</b>	
<b>Teléfono 2</b>	
<b>ESPECIALIDAD A LA QUE POSTULA</b>	
<b>ESTABLECIMIENTO DE DEVOLUCIÓN (PAO). MARCAR CON X</b>	HCSBA ___ HUAP ___ HEC ___

Timbre  
Departamento de Recursos Humanos SSMC

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo N°1 "cronograma", solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de el Departamento de Recursos Humanos del Servicio de Salud M. Central

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**N° de Folio**

--	--	--

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido Materno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombres

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

Anexo	Descripción	N° de Hojas Enviadas
	Carátula de presentación de la postulación	
	EUNACOM	
	Calificación Medica Nacional	
	Formulario de Postulación	
	Formulario Trabajos Científicos	
	Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento	

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO EL PRESENTE FORMULARIO**

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHAS: SANTIAGO..... DE ABRIL DE 2015**

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

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

ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)

TITULO: \_\_\_\_\_  
AUTORES: \_\_\_\_\_  
CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

ii)

TITULO: \_\_\_\_\_  
AUTORES: \_\_\_\_\_  
CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

iii)

TITULO: \_\_\_\_\_  
AUTORES: \_\_\_\_\_  
CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

iv)

TITULO: \_\_\_\_\_  
AUTORES: \_\_\_\_\_  
CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

v)

TITULO: \_\_\_\_\_  
AUTORES: \_\_\_\_\_  
CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:



**ANEXO N° 6**  
**FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE REPOSICIÓN**

**SRES.**  
**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**  
**PRESENTE**

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

SOLICITUD DE REPOSICIÓN:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
<b>Argumentación:</b>					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
<b>Argumentación:</b>					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
<b>Argumentación:</b>					

\_\_\_\_\_  
**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 la solicitud, **NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.**

**ANEXO Nº 7**  
**FORMATO DE CARTA DE APELACIÓN**

DR/A.

.....  
**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**  
**PRESENTE**

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

<b>SOLICITUD DE APELACION:</b>					
<b>RUBRO Nº</b>		<b>Puntos otorgados</b>		<b>Puntos esperados</b>	
<b>Argumentación:</b>					
<b>RUBRO Nº</b>		<b>Puntos otorgados</b>		<b>Puntos esperados</b>	
<b>Argumentación:</b>					
<b>RUBRO Nº</b>		<b>Puntos otorgados</b>		<b>Puntos esperados</b>	
<b>Argumentación:</b>					

\_\_\_\_\_  
**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. NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.

**CUADRO DE BECAS DISPONIBLES, ESPECIALIDAD  
Y ESTABLECIMIENTO DE DESTINO**

Cupo	UNIVERSIDAD	ESPECIALIDAD	ESTABLECIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DEL PAO (Período Asistencial Obligatorio)
1	<b>Universidad de Santiago-USACH</b>	MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
2		MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
3		MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
4		MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
5		MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
6		MEDICINA DE URGENCIA	HUAP
7		MEDICINA DE URGENCIA	HEC
8		MEDICINA DE URGENCIA	HEC
9		MEDICINA INTENSIVA	HUAP
10		MEDICINA INTENSIVA	HUAP
11		MEDICINA INTENSIVA	HUAP
12		MEDICINA INTENSIVA	HUAP
13	<b>Universidad Finis Terrae-UFT</b>	CIRUGÍA GENERAL	HCSBA
14		CIRUGÍA GENERAL	HCSBA
15		CIRUGÍA GENERAL	HUAP
16		CIRUGÍA GENERAL	HUAP
17	<b>Universidad de Valparaíso-UVALPO</b>	IMAGENOLOGÍA	HUAP
18		IMAGENOLOGÍA	HUAP
19	<b>Universidad Diego Portales-UDP</b>	CIRUGÍA GENERAL	HEC
20		CIRUGÍA GENERAL	HEC

- **HCSBA:** Hospital Clínico San Borja Arriarán
- **HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública
- **HEC:** Hospital el Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada