**FORMULARIO DE POSTULACIÓN N°1**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN**

**INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN, E.D.F.**

**SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA AÑO 2017**

**I. IDENTIFICACIÓN** (Responsabilidad del postulante, escribir con letra imprenta legible)

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRES :

RUT: TELEFONO CONTACTO:

EMAIL-1: @

EMAIL-2: @

DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA TITULO: UNIVERSIDAD:

**II. OCUPACIÓN ACTUAL**

SECTOR PÚBLICO SECTOR PRIVADO

INSTITUCIÓN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SECTOR PÚBLICO SECTOR PRIVADO

INSTITUCIÓN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERIODO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECEPCIÓN ANTECEDENTES**

**FECHA Y HORA RECEPCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FIRMA POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARIO N° 2: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ región, vengo a declarar bajo juramento que:

* Los hechos y antecedentes presentados son verídicos y no me encuentro afecto a ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad para asumir un cargo de la Administración Pública, según lo indican las bases de este concurso.
* Cumplo a cabalidad con los requisitos de ingreso, señalados en las presentes bases del concurso.
* He tomado conocimiento de las bases que rigen el proceso selección para odontólogo en Etapa de Destinación y Formación Art. N° 8 Ley 19.664, las cuales acepto en su totalidad.

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FIRMA POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARIO N° 3: PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES Y PUNTUACIÓN INDIVIDUAL**

**CONCURSO INGRESO A LA ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN, PROFESIONAL ODONTOLOGO ART. 8° LEY 19.644**

**AÑO 2018**

NOMBRE POSTULANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **USO POSTULANTE** | RUBROS | **USO COMISION** |
| Nº DOCUMENTOS PRESENTADOS | Puntajes Máximo | Puntaje Comisión |
|  | 1. Calificación Final
 | 30 |  |
|  | 1. Experiencia Previa en el cargo
 | 15 |  |
|  | 1. Alumno Ayudante
 | 5.0 |  |
|  | 1. Funciones Asistenciales
 | 10 |  |
|  | 1. Perfeccionamiento Profesional
 | 10 |  |
|  | 1. Idoneidad
 | 30 |  |
| **PUNTAJE FINAL** | 1. **100**
 |  |  |
|  |  |  |

OBSERVACIONES:

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

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN

**FORMULARIO N° 4: EXPERIENCIA PREVIA EN EL CARGO** (En caso de requerir más hojas, reproduzca este anexo).

Debe ser completado por el Director del establecimiento con letra legible, detallando observaciones respecto al desempeño del profesional, así como también el período asistencial desempeñado.

El Director(a) del establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Sr. (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da fe de que el profesional odontólogo D.­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha desempeñado funciones asistenciales propias de su profesión en el establecimiento, desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Destacándose los siguientes aspectos u observaciones respecto a la labor desempeñada:­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se concluye que el profesional es (favor explicitar si el profesional postulante es o no recomendable para el cargo odontólogo EDF art. 8 de la ley 19.664):

FECHA DE EMISIÓN: FIRMA DEL DIRECTOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARIO N° 5: AYUDANTE ALUMNO**

NOMBRE COMPLETO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN Y DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ÁREA O MATERIA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha inicio** | **Fecha termino** | **Total meses** |
| **Día** | **mes** | **año** | **Día** | **mes** | **Año** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FIRMA Y TIMBREDirector Escuela de Odontología  |  | FIRMA Y TIMBREDirector de Pre-Grado |  | FIRMA Y TIMBRESecretario de Estudios |

**NOTA:** Cumple requisito con una de las firmas y timbres de las tres autoridades universitarias

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO COMISIÓN** |
| **TOTAL MESES** | **PUNTAJE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN |

**FORMULARIO N° 6: FUNCIONES ASISTENCIALES**

Debe ser completado por el postulante con letra legible, adjuntando **todos** los documentos que acrediten la información entregada.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUCIÓN/EMPRESA** | **DESDE** | **HASTA** | **CARGO/FUNCIÓN** | **TIEMPO** |
| **Años** | **Meses** | **Días** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO COMISIÓN** |
| **TOTAL FUNCIONES ASISTENCIALES** | **TOTAL FUNCIONES DIRECTIVAS** | **TOTAL PUNTAJE RUBRO** |
| **Meses**  | **Puntos** | **Meses** | **Puntos** |  |
|  |  |  |  |  |

**FECHA DE RECEPCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DE POSTULANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMULARIO N° 7: ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN O PERFECCIONAMIENTO**

En este rubro se considerarán todas las actividades de capacitación y/o perfeccionamiento realizadas por el postulante. Debe ser completado por el postulante con letra legible, adjuntando copias o fotocopias de certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, reproduzca este anexo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **NOMBRE DEL CURSO/ACTIVIDAD** | **INSTITUCIÓN QUE LO IMPARTIÓ** | **Nº DE HORAS / DÍAS** | **USO EXCLUSIVO DE COMISIÓN** |
| **Puntaje** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**TOTAL DE DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

**FECHA DE RECEPCIÓN: FIRMA DE POSTULANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**