

## I. ANEXOS:

I.- BASES ADMINISTRATIVAS	
II.- ANEXOS	
Anexo	Descripción Anexo
<b>A</b>	Cronograma
<b>B</b>	Formato Carta de Impugnación
<b>C</b>	Declaración Jurada Simple Beca proceso anterior
<b>D</b>	Formulario de Postulación para acceso a Programas de Especialización 2025
<b>E</b>	Formulario de Aceptación de Cupo
<b>F</b>	Formulario de Renuncia a Cupo
<b>N° 1.1</b>	Desempeño en Urgencia y Camas Críticas (Ley N°15.076)
<b>N° 1.2</b>	Desempeño en la red de los Servicios de Salud (Art. 9 Ley N°19.664)
<b>N° 1.3</b>	Certificado de Desempeño en establecimiento de Mediana complejidad con labores de APS
<b>N°1.4</b>	Desempeño en establecimiento de APS Municipal Ley N°19.378
<b>N° 1.5</b>	Resumen Desempeño Previo
<b>N° 1.6</b>	Esquema de Antigüedad funcionaria
<b>N° 2.1</b>	Atención de Urgencia No Hospitalaria Desempeño en SAPU, SAPUR, SAR, SUR
<b>N° 2.2</b>	Extensión Horaria
<b>N° 2.3</b>	Desempeño en Urgencia Hospitalaria
<b>N° 2.4</b>	Desempeño en Camas Críticas (UCI - UTI)
<b>N° 3</b>	Funciones de Responsabilidad
<b>N° 3.1</b>	Esquema Funciones de Responsabilidad
<b>N° 4</b>	Calificación Médica Nacional
<b>N° 5</b>	Actividades de Formación Continua
<b>N° 6</b>	Investigación y docencia
<b>N°6.1</b>	Cuadro resumen de Trabajos de Investigación
<b>N°6.2</b>	Desempeño en Instituciones Docentes
<b>N°7</b>	Desempeño Actual

### ANEXO A: CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	INICIO	FIN
PUBLICACION AVISO	11/04/2025	
LLAMADO A CONCURSO y POSTULACION	11/04/2025	23/04/2025
HABILITACION EN LINEA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO	23/04/2025	
COMISION DE SELECCION	24/04/2025	
PUBLICACION PUNTAJES PROVISORIOS	24/04/2025	
EVALUACION PSICOLOGICA ON LINE UV	24/04/2025	
RECEPCION DE REPOSICIONES C/APELACION EN SUBSIDIO	24/04/2025	29/04/2025
ENTREVISTAS PRESELECCIONADOS UV	28/04/2025	
COMISION DE REPOSICION	29/04/2025	
PUBLICACION PUNTAJES DEFINITIVOS CON REPOSICION	29/04/2025	
RESULTADOS HABILITACION	30/04/2025	
LLAMADO A VIVA VOZ	02/05/2025	
ASUME FUNCIONES BECAS	05/05/2025	

**\*Todas las etapas finalizan a las 18:00 hrs. Santiago de Chile**

**\*\* La habilitación en la UNAB se informará a los postulantes posteriormente**

**ANEXO B: FORMATO CARTA DE REPOSICION CON APELACION EN SUBSIDIO**

**SRA. DIRECTORA SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA  
PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

Inadmisibilidad		Puntaje en Rubros	
-----------------	--	-------------------	--

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

---

---

---

RUBRO Nº \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ptos. otorgados.  
\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición con Apelación en Subsidio:**

---

---

---

RUBRO Nº \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ptos. otorgados.  
\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición con Apelación en Subsidio:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Nombre, RUT y Firma**  
(del postulante)

**NOTA:**

- Se puede reponer con apelación en subsidio por un rubro como por todos ellos
- Para que la Reposición con Apelación en subsidio sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.

**ANEXO C: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACIÓN EN OTRO PROCESO DE SELECCIÓN.**

Yo \_\_\_\_\_,  
RUN \_\_\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por los Servicios de Salud.

---

Firma Postulante

**En caso de haber renunciado a un programa de especialización, no debe presentar este Anexo, sino la Resolución del Servicio de Salud que acepte la renuncia y autorice a participar de un nuevo proceso.**

**ANEXO D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD  
PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

<b>IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:</b>		
<b>Establecimiento de Desempeño</b>		
<b>SERVICIO DE SALUD</b>		
<b>Contrato vigente (indicar con una "X" la Ley que rige su contrato)</b>	<b>19.664</b>	<b>15.076</b>

<b>IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b>	
<b>Nombre Completo</b>	
<b>Cédula de Identidad</b>	
<b>Dirección Particular</b>	
<b>Teléfono de Contacto</b>	
<b>Correo electrónico</b>	

**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**

**ANEXO E: FORMULARIO DE ACEPTACION DE CUPO**

**NOMBRES:**

\_\_\_\_\_

**APELLIDOS:**

\_\_\_\_\_

**CÉDULA DE IDENTIDAD:**

**TELEFONO (MOVIL / FIJO)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO:**

\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD DE EGRESO:**

\_\_\_\_\_

**AÑO DE EGRESO:**

\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD:**

\_\_\_\_\_

**DIRECCION:**

\_\_\_\_\_

**COMUNA:**

\_\_\_\_\_

**REGION:**

\_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD:**

\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD:**

\_\_\_\_\_

**CAMPO CLINICO:**

\_\_\_\_\_

**FECHA DE INICIO:**

\_\_\_\_\_

**PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)**

**SERVICIO DE SALUD DESTINO:**

\_\_\_\_\_

**DURACION PAO:**

\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO:**

\_\_\_\_\_

EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD TIENE LA ATRIBUCION LEGAL PARA ORGANIZAR LA RED ASISTENCIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SANITARIAS, POR LO QUE PODRÍA CAMBIAR EL ESTABLECIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA RED.

DECLARO CONOCER LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL 2025, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° DEL 10 DE ABRIL DE 2025 Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

**CIUDAD Y FECHA**

**ANEXO F: FORMATO FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CUPO N°** \_\_\_\_\_

**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 PAO** :

**ESTABLECIMIENTO** :

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA POSTULANTE**

**CIUDAD Y FECHA**



**ANEXO 1.2: DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)**

DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)									
Servicio de Salud									
Comuna de Desempeño									
Nombre del Establecimiento									
Nombre de Postulante									
Cédula de Identidad									
Fecha Inicio contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa)									
Fecha Término Contrato Art. N° 9 Ley 19.664 (dd/mm/aa)									
Antigüedad en el Servicio de Salud	Años:			Meses:			Días:		
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) 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	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas	Otra	
	Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio	Fecha Inicio	
	F. Término		F. Término		F. Término		F. Término	F. Término	
El profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)	Fecha Inicio			Fecha Termino			N° total de días		
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	No				SI (llenar recuadro siguiente)				
Medidas Disciplinarias aplicadas									
Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal o encargado de personal									

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 para postular.**

**ATENCIÓN:** El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.

**Nota:** se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

**ANEXO 1.3: CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE APS.**

**ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MÉDICOS LEY 19.664 ART.9 CON DESEMPEÑO EN HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Dr(a) \_\_\_\_\_

Certifica que el/la Dr.(a) \_\_\_\_\_ se ha desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento

\_\_\_\_\_ ,

realizando las siguientes labores de atención primaria:

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

Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Subdirector(a) Médico(a) del SS

\_\_\_\_\_  
Timbre

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

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de mediana complejidad y comunitarios, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención, requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.**

Nota: Se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

**ANEXO 1.4: DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL LEY N° 19.378**

DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N° 19.378														
Ilustre Municipalidad de														
Nombre del Establecimiento														
Nombre de Postulante														
Cedula Identidad														
Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)														
Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)														
Antigüedad en la APS					Años:		Meses:		Días:					
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) 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					11 horas		22 horas		33 horas		44 horas		Otra	
					Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio	
					F. Término		F. Término		F. Término		F. Término		F. Término	
Profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)					Fecha Inicio		Fecha Termino		N° total de días					
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)					No			SI (llenar recuadro siguiente)						
Medidas Disciplinarias aplicadas														
nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o encargado de personal o entidad administradora de Salud Municipal														

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

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025 **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 para postular.**

**Nota: Se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.**

**ANEXO 1.5: RESUMEN DE DESEMPEÑO PREVIO**

<b>LEY CONTRATACION</b>	<b>COMUNA</b>	<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FECHA DE INICIO (dd/mm/aa)</b>	<b>FECHA DE TERMINO (dd/mm/aa)</b>
<b>19.378</b>				
<b>19.664</b>				
<b>15.076</b>				



**ANEXO 2.1: ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA. DESEMPEÑO EN SAPU – UOP – SAPUR -SAR – SUR.**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**

## ANEXO 2.2: EXTENSIÓN HORARIA

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_

Establecimiento (Centro de Salud) \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_ Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_

Establecimiento (Centro de Salud) \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_ Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**



### ANEXO 2.3: DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU

Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_ Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_ Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**



## ANEXO 2.4: DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI – UTI)

Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_

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

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

**Número de Horas Desempeñadas: \_\_\_\_\_Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**



### ANEXO 3: FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_  
Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del Postulante \_\_\_\_\_  
Cargo desempeñado \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Fecha de término: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_  
Nombre del Establecimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del Postulante \_\_\_\_\_  
Cargo desempeñado \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Fecha de término: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal

**NOTA:** El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

**(Duplicar las veces que sea necesario)**



## **ANEXO 4: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

### **LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:**

#### Profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

- **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional** (la Calificación Médica Nacional es la nota, con dos decimales, calculada según el acuerdo de ASOFAMECH de 1989. Esta nota no es equivalente a la nota señalada en el certificado de título, la cual no se considera válida como antecedente).

#### Profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras:

- Certificado de Título emitido por la Universidad en la cual estudió con nota final de Titulación
- Escala de Evaluación de su respectiva Universidad (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad), es requisito fundamental para obtener calificación de lo contrario obtendrá 0,00 puntos en este rubro.







## ANEXO 6.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES

Universidad o Instituto		
Nombre de la Autoridad Académica		
Cargo		
Nombre del Postulante		
Fecha de inicio Docencia	Fecha de término Docencia	Cantidad de meses
Fecha, timbre y firma de Autoridad Académica		

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado con firma y timbre por la respectiva Autoridad Académica). Se verificará la cantidad de meses, certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

**El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)**



## ANEXO 7: DESEMPEÑO ACTUAL

Servicio de Salud	
Nombre Establecimiento	
Nombre del Postulante	
Cédula Identidad	
Fecha Inicio contrato vigente	
Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 31.03.2025)	
Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas.	