|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 2**  **“DOCUMENTACIÓN ENTREGADA AL PROCESO DE CONCURSO PLAZA EDF - SSVQ”** |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Postulante** |  |
| **RUT** |  |
| **Servicio de Salud** |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° DOCUMENTOS PRESENTADOS** | **RUBROS** |
|  | 1. **Certificado con Nota de Título** |
|  | 1. **Actividades vinculadas a cargo de Ayudante alumno** |
|  | 1. **Perfeccionamiento y capacitación** |
|  | 1. **Trabajos Científicos** |

**Observaciones:**

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

.......................................................................................

**NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE**

**Fecha:**

**ANEXO N° 3**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN INGRESO A ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF) SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA 2025”**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de egreso** |  |
| **Fecha de titulo** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |

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

**NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE**

Fecha:

**ANEXO N° 4**

**“DOCUMENTOS PARA LA ADMISIBILIDAD”**

Debe acompañar a continuación la siguiente Documentación, requerida para la admisibilidad de su postulación al Concurso de Plaza EDF Servicio de Salud Viña Quillota año 2025.

* Los antecedentes que debe presentar :

a) Formulario de postulación en **Anexo Nº 3**.

b) Copia simple de la Cédula de Identidad a color y por ambos lados, o certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde.

c) Certificado de Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), emitido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH)

d) Copia Simple de Registro de inscripción de título profesional en la Superintendencia de Salud

e) Declaración Jurada **(Anexo Nº5 firmada)**

f) Evaluación Psicométrica: En caso que el resultado de la evaluación psicométrica realizada por el equipo de psicólogos de la Unidad de Reclutamiento y Selección, diera por resultado, no recomendable para ocupar la plaza de destinación de interés, dicha postulación no podrá continuar con el proceso de selección.

**ANEXO N° 5**

**“DECLARACION JURADA”**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ declaro no haber

tomado una Plaza o beca de especialidad en algún otro proceso de selección anterior realizado por ésta

Subsecretaria, o por algún Servicio de Salud del país financiado por el Ministerio, así como tampoco haber

abandonado un Concurso organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ni tampoco en Servicios

de Salud años anteriores.

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

**Nombre y Firma del Postulante**

Viña del Mar, ……..Junio 2025

**(RUBRO 2)**

**ANEXO N° 6**

**“ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO”**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** |  |
| **INSTITUCIÓN:** |  |
| **DEPARTAMENTO:** |  |

**REGISTRO PRÁCTICAS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AÑO CURSADO** | **FECHA DE INICIO**  **(Señale día/mes/año)** | **FECHA DE TÉRMINO**  **(Señale día/mes/año)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**DIRECTOR ESCUELA DE MEDICINA DIRECTOR ESCUELA POSTGRADO**

(Nombre, Firma y Timbre) (Nombre, Firma y Timbre)

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

**SECRETARIO DE ESTUDIOS**

(Nombre, Firma y Timbre)

**NOTA:** Adjuntar los Certificados de respaldo ante lo referido en éste formulario, lo cual debe estar firmado y timbrado en original, por autoridad de la Facultad de Medicina que corresponda: Director de la Escuela, Director o Secretario de Pregrado, Secretario de Estudios.

**(RUBRO 3)**

**ANEXO N° 7**

**FORMULARIO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y PERFECIONAMIENTO**

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

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

En este rubro se **considerarán todas las actividades de capacitación evaluadas con Nota** 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, legalizados ante notario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **NOMBRE DEL CURSO** | **INSTITUCIÓN QUE LO IMPARTIÓ** | **N° DE HORAS/DÍAS** | **NOTA OBTENIDA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Nombre y Firma del Postulante

**NOTA:** Acompañar a éste Formulario los Certificados de respaldo a la información contenida en éste formulario, en original o fotocopia legalizada (notarial) o ministro de fe. En caso de tratarse de documentos digitalizados, deben contar con código de verificación o link.

**(RUBRO 4)**

**ANEXO N° 8**

**“FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS”**

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES POR TRABAJO:**

i)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ii)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iii)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iv)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Fotocopiar esta página cuando sea necesario y adjuntar documentos de respaldo que acredite lo registrado en éste Formulario.**