

## II.- ANEXOS

### ANEXO A: CRONOGRAMA

ETAPA	FECHAS	
PUBLICACION AVISO	07-01-2024	07-01-2024
LLAMADO A CONCURSO y POSTULACION **	09-01-2024	19-02-2024
COMISION DE SELECCIÓN	26-02-2024	12-03-2024
PUBLICACION PUNTAJES PROVISORIOS	13-03-2024	13-03-2024
RECEPCION DE REPOSICIONES C/APELACION EN SUBSIDIO	14-03-2024	20-03-2024
COMISION DE REPOSICION	21-03-2024	27-03-2024
PUBLICACION PUNTAJES PROVISORIOS CON REPOSICION	28-03-2024	28-03-2024
RECEPCION DE APELACIONES	01-04-2024	05-04-2024
COMISION DE APELACION	08-04-2024	11-04-2024
PUNTAJE DEFINITIVO	12-04-2024	12-04-2024
1ER LLAMADO A VIVA VOZ	16-04-2024	18-04-2024
ACEPTACIÓN DE CUPO	19-04-2024	22-04-2024
RENUNCIAS (hasta las 18:00:00 horas Santiago de Chile)	23-04-2024	23-04-2024
PUBLICACION RENUNCIAS	24-04-2024	24-04-2024
2DO LLAMADO A VIVA VOZ	25-04-2024	25-04-2024
ASUME FUNCIONES BECAS	06-05-2024	06-05-2024
ASUME FUNCIONES PLAZAS	06-05-2024	06-05-2024

\*\*Se debe tener presente que las Universidades cuentan con receso universitario, motivo por el cual los postulantes deberán resguardar la obtención de los documentos pertinentes antes de tal periodo.

**ANEXO 1.1: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	
<b>RUT</b>	
<b>UNIVERSIDAD DE EGRESO</b>	

NOTA: Para conocer la función de cálculo de la Calificación Médica Nacional u otra información relacionada con esta materia, los postulantes deberán solicitar la información directamente a EUNACOM o su respectiva Casa de Estudios.

**ANEXO 1.2: CONCENTRACIÓN DE NOTAS**

<b>NOMBRE</b>	
<b>RUT</b>	
<b>UNIVERSIDAD DE EGRESO</b>	

**Este anexo debe ser llenado por los profesionales egresados de Universidades extranjeras, y deben incorporar concentración de notas y la escala de notas de su Universidad donde se especifique cual es la nota máxima y la de aprobación, para de este modo homologar la nota a la escala chilena. (Toda la documentación debe ser fotocopia legalizada)**

**ANEXO Nº 2 FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO/A**

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

<b>Nombre Ayudantía</b>	
<b>Fecha Inicio (DD/MM/AAAA)</b>	
<b>Fecha Termino (DD/MM/AAAA)</b>	
<b>Cantidad de meses</b>	

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>	<b>TIMBRE</b>
<b>Director de Escuela</b>			
<b>Director o Secretario de pregrado</b>			
<b>Secretario de Estudios</b>			
<b>Jefe de Carrera</b>			

Serán consideradas las ayudantías de docencia universitaria en ramos del área de la salud, para tales efectos, deberá acreditar con la respectiva malla y certificado por el Director de la carrera respectiva y con la validación de la autoridad de la carrera de Medicina. Cumple el requisito con al menos con una de las siguientes autoridades: Director de Escuela o Director o Secretario de Pregrado o Secretario de Estudios o Jefe de Carrera

Deberá completar tantos anexos como sea necesario.

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

**TITULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DE REVISTA:**

**FECHA DE PUBLICACIÓN:**

**FECHA DE ACEPTACIÓN:**

**INDICAR NUMERO DE PÁGINA  
DONDE SE ENCUENTRA EL  
TRABAJO**

ii)

**TITULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DE REVISTA:**

**FECHA DE PUBLICACIÓN O  
FECHA DE ACEPTACIÓN:**

**INDICAR NUMERO DE PÁGINA  
DONDE SE ENCUENTRA EL  
TRABAJO**

iii)

**TITULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DE REVISTA:**

**FECHA DE PUBLICACIÓN O  
FECHA DE ACEPTACIÓN**

**INDICAR NUMERO DE PÁGINA  
DONDE SE ENCUENTRA EL  
TRABAJO**

**ANEXO Nº 3.2 TRABAJOS COMUNICADOS EN CONGRESOS CIENTÍFICOS**

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS – RUBRO 3**

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

**TÍTULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DEL CONGRESO:**

**FECHA DEL CONGRESO:**

ii)

**TÍTULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DEL CONGRESO:**

**FECHA DEL CONGRESO:**

iii)

**TÍTULO:**

**AUTOR o AUTORES:**

**NOMBRE DEL CONGRESO:**

**FECHA DEL CONGRESO:**

**ANEXO Nº 4.2 FORMULARIO HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

<b>NOMBRE</b>	
<b>UNIVERSIDAD</b>	
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	
<b>ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL</b>	

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA DE INTERNADO</b>	<b>CANTIDAD DE HORAS</b>	<b>DÍAS</b>	<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>AÑO ACADÉMICO CURSADO</b>
<b>TOTAL DE HORAS:</b>				

<b>NOMBRE</b>	
<b>CARGO</b> (Indicar Director de Carrera o Secretario de Estudios)	
<b>FIRMA</b>	
<b>TIMBRE</b>	

Nota: No se considerará desempeño en establecimientos de urgencias como tiempo de actividad de práctica.

Debe acompañar certificado que especifique días y horarios de trabajo lo que debe ser concordante con las horas declaradas en este anexo. La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 240 horas. No se asignará puntaje a prácticas en internados por menos de 120 horas.

En caso de que el número de programas exceda el número de espacios disponibles en este anexo, repita el anexo cuantas veces sea necesario.

**ANEXO Nº 4.3 FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN EN PERSONAS JURÍDICAS SIN FINES DE LUCRO**

<b>NOMBRE</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	

<b>Año</b>	<b>Fecha inicio</b>	<b>Fecha término</b>	<b>Horas Realizadas</b>

**Nota:** Se debe adjuntar además el o los certificados de las Prácticas de Atención en Personas Jurídicas sin Fines de Lucro, según lo requerido en el rubro y el certificado de vigencia que, de cuenta, que la entidad tiene una antigüedad mayor a 3 años desde su creación.

**ANEXO Nº 5: CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto. **Presentar tantos anexos como sea necesario.**

NOMBRE DEL CURSO	Nº HRS.	APROBADO CON NOTA

**ANEXO N° 6**  
**FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE REPOSICIÓN Y/O APELACIÓN CON SUBSIDIO**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**  
**PRESENTE**

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

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

<b>SOLICITUD DE REPOSICIÓN:</b>					
<b>Inadmisibilidad:</b>					
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>					

Nombre	RUT	Firma

- Se puede Reponer y/o Apelar tanto por un rubro como por todos ellos.
- Para que la Reposición y/o Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que se cuenten para apoyar la solicitud, respecto de documentos enviados previamente (No se aceptará documentación nueva).





SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
Depto. Capacitación, Formación y Educación Continua

CUPO N° \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 8 FORMATO RENUNCIA A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**PROCESO DE SELECCIÓN MINISTERIAL (CONISS AÑO 2024)**

**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 P.A.O.** :

**ESTABLECIMIENTO** :

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

\_\_\_\_\_  
**Firma postulante o representante**

**Santiago,**