**II.- ANEXOS**

**ANEXO A**

**CRONOGRAMA**

**CRONOGRAMA PROCESO DE SELECCIÓN**

**PARA BIOQUIMICOS**

**INGRESO AÑO 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **FECHA** |
| Publicación Aviso | 26/04/2021 |
| Recepción de antecedentes | 26/04/2021 al 07/05/2021 |
| Comisión Revisora de Antecedentes | 10/05/2021 al 11/05/2021 |
| Publicación de Puntajes Provisorios en la página Web | 11/05/2021 |
| Recepción Reposición | 12/05/2021 al 13/05/2021 |
| Comisión de Reposición | 14/05/2021 |
| Publicación de Puntajes Provisorios c/Reposición (PDF) | 14/05/2021 |
| Recepción de Apelaciones | 17/05/2021 al 19/05/2021 |
| Comisión de Apelación | 20/05/2021 |
| Publicación de Puntajes Definitivos | 20/05/2021 |
| Llamado a Viva Voz | 24/05/2021 |

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2021 PARA BIOQUÍMICOS CON DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO DEL SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE CONTRATADOS BAJO LA LEY Nº 19.664**

**ANEXO B**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | | |
| **Servicio de Salud** |  | |
| **Establecimiento** |  | |
| **LEY DE CONTRATACION**  **(marque con una X la que corresponda)** | **Art. 9º - 19.664** | **15.076** | |
|  |  | |
| **Apellido Paterno** |  | |
| **Apellido Materno** |  | |
| **Nombres** |  | |
| **Cedula de Identidad** |  | |
| **Dirección Particular** |  | |
| **Comuna** |  | |
| **Región** |  | |
| **Universidad de titulación** |  | |
| **Año de titulación** |  | |
| **Teléfono** |  | |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Nacionalidad** |  | |

Timbre Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo A “Cronograma”. Solo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso exclusivo Comisión** | | | | | | | |
| Número de Folio |  |  |  |  | Meses de Antigüedad |  |  |

**ANEXO C**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO PARA CONCURSO BIOQUIMICOS 2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Servicio de Salud** |  | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** |  | **15.076** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Universidad Egreso** |  |
| **Año de titulación** |  |

**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 D**

**PATROCINIO DEL SERVICIO DE SALUD A POSTULANTE EN LA OBTENCIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO PARA CONCURSO BIOQUIMICOS 2021**

**e**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el Hospital…………………… patrocinan la postulación del/de la profesional Sr./Sra./Srta. …………………………………………, Rut: …………………………………, al Cupo de especialización en Laboratorio Clínico ofertado en el “Proceso de selección para acceder a cupo en programa de especialización, año 2021, para bioquímicos contratados por la Ley N° 19.664”, Concurso Local del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Además, el Hospital se compromete a mantener la contratación del/de la postulante en cargo de 44 horas al ingreso de la Formación y dictar la Comisión de Estudios correspondiente. Así mismo, se compromete a mantener su contratación durante el desarrollo de las actividades como especialista a su retorno.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dr. Fernando Betanzo Vallejos  Director Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente  (Timbre y Firma) | Nombre Director/a  Hospital de origen  (Timbre y Firma) |

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

**ANEXO E**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

1. **Identificación**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  |
| ESTABLECIMIENTO |  |

1. **Detalle de documentación entregada**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **N° ORDEN** | **DOCUMENTACIÓN** | **N° DE HOJAS** |
| **ADMISIBILIDAD** | 1 | Anexo C |  |
| 2 | Anexo D |  |
| 3 | Cédula de Identidad |  |
| 4 | Certificado de Título |  |
| 5 | Certificado de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud |  |
| 6 | Anexo E |  |
| 7 | Anexo F |  |
| 8 | Certificado de Relación de Servicios actualizada (contrato vigente) |  |
| 9 | Hoja de Vida Funcionaria, que señale ítem de permisos sin goce de remuneraciones. |  |
| **RUBRO 1:** | 10 | Anexo 1.1. y verificadores |  |
| 11 | Anexo 1.2. y verificadores |  |
| **RUBRO 2:** | 12 | Anexo 2.1. y verificadores |  |
| 13 | Anexo 2.2. y verificadores |  |
| **RUBRO 3:** | 14 | Anexo 3. y verificadores |  |
| **RUBRO 4:** | 15 | Anexo 4.1. y verificadores |  |
| 16 | Anexo 4.2. y verificadores |  |
| 17 | Anexo 4.3. y verificadores |  |
| **RUBRO 5:** | 18 | Anexo 5. y verificadores |  |
| **RUBRO 6:** | 19 | Anexo 6. y verificadores |  |

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

FIRMA DEL POSTULANTE

**NOTA:** Este anexo puede ser modificado por el postulante, acorde a la documentación presentada, agregando o quitando filas.

**ANEXO F**

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* No encontrarse siendo parte de, o haber obtenido, una especialidad o un programa de Magíster o Doctorado, que pueda ser reconocido como tal.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO Nº 1**

**IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO ACTUAL Y DESEMPEÑO EFECTIVO**

**COMO BIOQUÍMICO**

El establecimiento de salud ..................................................................................................................**,** certifica que Don/ña ........................................................................................................................... C.I.................................................. se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ley | | Jornada (44-22/28 Hrs.) | Desde | Hasta |
| 19.664 |  |  |  |  |
| 15.076 |  |  |  |  |

Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días .............................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo y Nombre** |  |  | **Firma y Timbre** |  |

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

En 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO ANTERIOR EN MUNICIPIO COMO BIOQUIMICO (LEY N° 19.378)** | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de |  | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  | | | | | |
| Nombre del 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 |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | | Fecha Inicio | | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | | F. Término | | F. Término |
| Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | Fecha Termino | | N° total de días | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| Fecha, nombre, timbre y firma Director de Salud Comunal | | | | | | |

**ANEXO 1.2**

**Nota:** **se deben 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.**

**ANEXO Nº 2.1**

**SUB RUBRO PROTOCOLOS**

NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° ORDEN** | **NOMBRE PROTOCOLO, NORMA O GUÍA** | **PUNTAJE**  **(USO EXCLUSIVO COMISIÓN)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes**

**ANEXO Nº 2.2**

**SUB RUBRO FUNCIONES DIRECTIVAS O DE GESTIÓN**

SERVICIO DE SALUD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**ANEXO Nº 3**

**PERFECCIONAMIENTO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS.pedagógicas | PUNTAJE  (Uso exclusivo Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA: Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes**

**ANEXO Nº 4.1**

**DOCENCIA UNIVERSITARIA O TUTORÍA**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_marcar con una X la casilla que corresponda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Universitaria |  | Tutoría |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**

**ANEXO Nº 4.2**

**DOCENCIA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institucional |  | Comunitaria |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**

**ANEXO Nº 4.3**

**DOCENCIA – CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD**

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

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Docencia |  | Capacitación |  |

TIPO DE DOCENCIA

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

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

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**

**ANEXO Nº 5**

**TRABAJOS PUBLICADOS**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE  (Uso exclusivo Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**NOTA: Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes**

**ANEXO Nº 6**

**PROPUESTA DE RETORNO**

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

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

1.- Especifique las principales funciones que cumple hoy en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo y que se relacionen directamente con el programa al cual postula:

**a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**b) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**c) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

2.- Al término de la actividad, ¿qué aprendizajes personales y profesionales espera obtener que le permitan transformar las prácticas cotidianas y su visión sobre la atención de salud proporcionada?

(impacto esperado)

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

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

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

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

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

3.- Señale los desempeños en su puesto de trabajo que darán cuenta de la aplicación de lo aprendido durante el programa de especialización.

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

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

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

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

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

4.- Indique su experiencia en la atención de pacientes, si la tiene.

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

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

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

5.- Presentación libre. Motivación por especializarse en Laboratorio Clínico.

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

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

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

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

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

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 7**

**FORMATO DE CARTA DE IMPUGNACIÓN**

**SR. DIRECTOR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**

**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:**

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

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

\_\_\_ptos. esperados. (Repítase tantas veces como sea necesario)

**Argumentación de Reposición:**

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

En el evento de no acogerse, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

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

**Nombre Firma y RUT**

(del postulante)

**NOTA**:

* Se puede impugnar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.