

65,51	2,751	68,01	3,001	70,51	3,251	73,01	3,501	75,51	3,751
65,52	2,752	68,02	3,002	70,52	3,252	73,02	3,502	75,52	3,752
65,53	2,753	68,03	3,003	70,53	3,253	73,03	3,503	75,53	3,753
65,54	2,754	68,04	3,004	70,54	3,254	73,04	3,504	75,54	3,754
65,55	2,755	68,05	3,005	70,55	3,255	73,05	3,505	75,55	3,755
65,56	2,756	68,06	3,006	70,56	3,256	73,06	3,506	75,56	3,756
65,57	2,757	68,07	3,007	70,57	3,257	73,07	3,507	75,57	3,757
65,58	2,758	68,08	3,008	70,58	3,258	73,08	3,508	75,58	3,758
65,59	2,759	68,09	3,009	70,59	3,259	73,09	3,509	75,59	3,759
65,6	2,76	68,1	3,01	70,6	3,26	73,1	3,51	75,6	3,76
65,61	2,761	68,11	3,011	70,61	3,261	73,11	3,511	75,61	3,761
65,62	2,762	68,12	3,012	70,62	3,262	73,12	3,512	75,62	3,762
65,63	2,763	68,13	3,013	70,63	3,263	73,13	3,513	75,63	3,763
65,64	2,764	68,14	3,014	70,64	3,264	73,14	3,514	75,64	3,764
65,65	2,765	68,15	3,015	70,65	3,265	73,15	3,515	75,65	3,765
65,66	2,766	68,16	3,016	70,66	3,266	73,16	3,516	75,66	3,766
65,67	2,767	68,17	3,017	70,67	3,267	73,17	3,517	75,67	3,767
65,68	2,768	68,18	3,018	70,68	3,268	73,18	3,518	75,68	3,768
65,69	2,769	68,19	3,019	70,69	3,269	73,19	3,519	75,69	3,769
65,7	2,77	68,2	3,02	70,7	3,27	73,2	3,52	75,7	3,77
65,71	2,771	68,21	3,021	70,71	3,271	73,21	3,521	75,71	3,771
65,72	2,772	68,22	3,022	70,72	3,272	73,22	3,522	75,72	3,772
65,73	2,773	68,23	3,023	70,73	3,273	73,23	3,523	75,73	3,773
65,74	2,774	68,24	3,024	70,74	3,274	73,24	3,524	75,74	3,774
65,75	2,775	68,25	3,025	70,75	3,275	73,25	3,525	75,75	3,775
65,76	2,776	68,26	3,026	70,76	3,276	73,26	3,526	75,76	3,776
65,77	2,777	68,27	3,027	70,77	3,277	73,27	3,527	75,77	3,777
65,78	2,778	68,28	3,028	70,78	3,278	73,28	3,528	75,78	3,778
65,79	2,779	68,29	3,029	70,79	3,279	73,29	3,529	75,79	3,779
65,8	2,78	68,3	3,03	70,8	3,28	73,3	3,53	75,8	3,78
65,81	2,781	68,31	3,031	70,81	3,281	73,31	3,531	75,81	3,781
65,82	2,782	68,32	3,032	70,82	3,282	73,32	3,532	75,82	3,782
65,83	2,783	68,33	3,033	70,83	3,283	73,33	3,533	75,83	3,783
65,84	2,784	68,34	3,034	70,84	3,284	73,34	3,534	75,84	3,784
65,85	2,785	68,35	3,035	70,85	3,285	73,35	3,535	75,85	3,785
65,86	2,786	68,36	3,036	70,86	3,286	73,36	3,536	75,86	3,786
65,87	2,787	68,37	3,037	70,87	3,287	73,37	3,537	75,87	3,787
65,88	2,788	68,38	3,038	70,88	3,288	73,38	3,538	75,88	3,788
65,89	2,789	68,39	3,039	70,89	3,289	73,39	3,539	75,89	3,789
65,9	2,79	68,4	3,04	70,9	3,29	73,4	3,54	75,9	3,79
65,91	2,791	68,41	3,041	70,91	3,291	73,41	3,541	75,91	3,791
65,92	2,792	68,42	3,042	70,92	3,292	73,42	3,542	75,92	3,792
65,93	2,793	68,43	3,043	70,93	3,293	73,43	3,543	75,93	3,793
65,94	2,794	68,44	3,044	70,94	3,294	73,44	3,544	75,94	3,794
65,95	2,795	68,45	3,045	70,95	3,295	73,45	3,545	75,95	3,795
65,96	2,796	68,46	3,046	70,96	3,296	73,46	3,546	75,96	3,796
65,97	2,797	68,47	3,047	70,97	3,297	73,47	3,547	75,97	3,797
65,98	2,798	68,48	3,048	70,98	3,298	73,48	3,548	75,98	3,798
65,99	2,799	68,49	3,049	70,99	3,299	73,49	3,549	75,99	3,799

TABLA N°11: EUNACOM ENTRE 76% Y 88.49%

%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE
76	3,8	78,5	4,05	81	4,3	83,5	4,55	86	4,8
76,01	3,801	78,51	4,051	81,01	4,301	83,51	4,551	86,01	4,801
76,02	3,802	78,52	4,052	81,02	4,302	83,52	4,552	86,02	4,802
76,03	3,803	78,53	4,053	81,03	4,303	83,53	4,553	86,03	4,803
76,04	3,804	78,54	4,054	81,04	4,304	83,54	4,554	86,04	4,804
76,05	3,805	78,55	4,055	81,05	4,305	83,55	4,555	86,05	4,805
76,06	3,806	78,56	4,056	81,06	4,306	83,56	4,556	86,06	4,806
76,07	3,807	78,57	4,057	81,07	4,307	83,57	4,557	86,07	4,807
76,08	3,808	78,58	4,058	81,08	4,308	83,58	4,558	86,08	4,808
76,09	3,809	78,59	4,059	81,09	4,309	83,59	4,559	86,09	4,809
76,1	3,81	78,6	4,06	81,1	4,31	83,6	4,56	86,1	4,81
76,11	3,811	78,61	4,061	81,11	4,311	83,61	4,561	86,11	4,811
76,12	3,812	78,62	4,062	81,12	4,312	83,62	4,562	86,12	4,812
76,13	3,813	78,63	4,063	81,13	4,313	83,63	4,563	86,13	4,813
76,14	3,814	78,64	4,064	81,14	4,314	83,64	4,564	86,14	4,814
76,15	3,815	78,65	4,065	81,15	4,315	83,65	4,565	86,15	4,815
76,16	3,816	78,66	4,066	81,16	4,316	83,66	4,566	86,16	4,816
76,17	3,817	78,67	4,067	81,17	4,317	83,67	4,567	86,17	4,817
76,18	3,818	78,68	4,068	81,18	4,318	83,68	4,568	86,18	4,818
76,19	3,819	78,69	4,069	81,19	4,319	83,69	4,569	86,19	4,819
76,2	3,82	78,7	4,07	81,2	4,32	83,7	4,57	86,2	4,82
76,21	3,821	78,71	4,071	81,21	4,321	83,71	4,571	86,21	4,821
76,22	3,822	78,72	4,072	81,22	4,322	83,72	4,572	86,22	4,822
76,23	3,823	78,73	4,073	81,23	4,323	83,73	4,573	86,23	4,823
76,24	3,824	78,74	4,074	81,24	4,324	83,74	4,574	86,24	4,824
76,25	3,825	78,75	4,075	81,25	4,325	83,75	4,575	86,25	4,825
76,26	3,826	78,76	4,076	81,26	4,326	83,76	4,576	86,26	4,826
76,27	3,827	78,77	4,077	81,27	4,327	83,77	4,577	86,27	4,827
76,28	3,828	78,78	4,078	81,28	4,328	83,78	4,578	86,28	4,828
76,29	3,829	78,79	4,079	81,29	4,329	83,79	4,579	86,29	4,829
76,3	3,83	78,8	4,08	81,3	4,33	83,8	4,58	86,3	4,83
76,31	3,831	78,81	4,081	81,31	4,331	83,81	4,581	86,31	4,831
76,32	3,832	78,82	4,082	81,32	4,332	83,82	4,582	86,32	4,832
76,33	3,833	78,83	4,083	81,33	4,333	83,83	4,583	86,33	4,833
76,34	3,834	78,84	4,084	81,34	4,334	83,84	4,584	86,34	4,834
76,35	3,835	78,85	4,085	81,35	4,335	83,85	4,585	86,35	4,835
76,36	3,836	78,86	4,086	81,36	4,336	83,86	4,586	86,36	4,836
76,37	3,837	78,87	4,087	81,37	4,337	83,87	4,587	86,37	4,837
76,38	3,838	78,88	4,088	81,38	4,338	83,88	4,588	86,38	4,838
76,39	3,839	78,89	4,089	81,39	4,339	83,89	4,589	86,39	4,839
76,4	3,84	78,9	4,09	81,4	4,34	83,9	4,59	86,4	4,84
76,41	3,841	78,91	4,091	81,41	4,341	83,91	4,591	86,41	4,841
76,42	3,842	78,92	4,092	81,42	4,342	83,92	4,592	86,42	4,842
76,43	3,843	78,93	4,093	81,43	4,343	83,93	4,593	86,43	4,843
76,44	3,844	78,94	4,094	81,44	4,344	83,94	4,594	86,44	4,844
76,45	3,845	78,95	4,095	81,45	4,345	83,95	4,595	86,45	4,845
76,46	3,846	78,96	4,096	81,46	4,346	83,96	4,596	86,46	4,846
76,47	3,847	78,97	4,097	81,47	4,347	83,97	4,597	86,47	4,847

76,48	3,848	78,98	4,098	81,48	4,348	83,98	4,598	86,48	4,848
76,49	3,849	78,99	4,099	81,49	4,349	83,99	4,599	86,49	4,849
76,5	3,85	79	4,1	81,5	4,35	84	4,6	86,5	4,85
76,51	3,851	79,01	4,101	81,51	4,351	84,01	4,601	86,51	4,851
76,52	3,852	79,02	4,102	81,52	4,352	84,02	4,602	86,52	4,852
76,53	3,853	79,03	4,103	81,53	4,353	84,03	4,603	86,53	4,853
76,54	3,854	79,04	4,104	81,54	4,354	84,04	4,604	86,54	4,854
76,55	3,855	79,05	4,105	81,55	4,355	84,05	4,605	86,55	4,855
76,56	3,856	79,06	4,106	81,56	4,356	84,06	4,606	86,56	4,856
76,57	3,857	79,07	4,107	81,57	4,357	84,07	4,607	86,57	4,857
76,58	3,858	79,08	4,108	81,58	4,358	84,08	4,608	86,58	4,858
76,59	3,859	79,09	4,109	81,59	4,359	84,09	4,609	86,59	4,859
76,6	3,86	79,1	4,11	81,6	4,36	84,1	4,61	86,6	4,86
76,61	3,861	79,11	4,111	81,61	4,361	84,11	4,611	86,61	4,861
76,62	3,862	79,12	4,112	81,62	4,362	84,12	4,612	86,62	4,862
76,63	3,863	79,13	4,113	81,63	4,363	84,13	4,613	86,63	4,863
76,64	3,864	79,14	4,114	81,64	4,364	84,14	4,614	86,64	4,864
76,65	3,865	79,15	4,115	81,65	4,365	84,15	4,615	86,65	4,865
76,66	3,866	79,16	4,116	81,66	4,366	84,16	4,616	86,66	4,866
76,67	3,867	79,17	4,117	81,67	4,367	84,17	4,617	86,67	4,867
76,68	3,868	79,18	4,118	81,68	4,368	84,18	4,618	86,68	4,868
76,69	3,869	79,19	4,119	81,69	4,369	84,19	4,619	86,69	4,869
76,7	3,87	79,2	4,12	81,7	4,37	84,2	4,62	86,7	4,87
76,71	3,871	79,21	4,121	81,71	4,371	84,21	4,621	86,71	4,871
76,72	3,872	79,22	4,122	81,72	4,372	84,22	4,622	86,72	4,872
76,73	3,873	79,23	4,123	81,73	4,373	84,23	4,623	86,73	4,873
76,74	3,874	79,24	4,124	81,74	4,374	84,24	4,624	86,74	4,874
76,75	3,875	79,25	4,125	81,75	4,375	84,25	4,625	86,75	4,875
76,76	3,876	79,26	4,126	81,76	4,376	84,26	4,626	86,76	4,876
76,77	3,877	79,27	4,127	81,77	4,377	84,27	4,627	86,77	4,877
76,78	3,878	79,28	4,128	81,78	4,378	84,28	4,628	86,78	4,878
76,79	3,879	79,29	4,129	81,79	4,379	84,29	4,629	86,79	4,879
76,8	3,88	79,3	4,13	81,8	4,38	84,3	4,63	86,8	4,88
76,81	3,881	79,31	4,131	81,81	4,381	84,31	4,631	86,81	4,881
76,82	3,882	79,32	4,132	81,82	4,382	84,32	4,632	86,82	4,882
76,83	3,883	79,33	4,133	81,83	4,383	84,33	4,633	86,83	4,883
76,84	3,884	79,34	4,134	81,84	4,384	84,34	4,634	86,84	4,884
76,85	3,885	79,35	4,135	81,85	4,385	84,35	4,635	86,85	4,885
76,86	3,886	79,36	4,136	81,86	4,386	84,36	4,636	86,86	4,886
76,87	3,887	79,37	4,137	81,87	4,387	84,37	4,637	86,87	4,887
76,88	3,888	79,38	4,138	81,88	4,388	84,38	4,638	86,88	4,888
76,89	3,889	79,39	4,139	81,89	4,389	84,39	4,639	86,89	4,889
76,9	3,89	79,4	4,14	81,9	4,39	84,4	4,64	86,9	4,89
76,91	3,891	79,41	4,141	81,91	4,391	84,41	4,641	86,91	4,891
76,92	3,892	79,42	4,142	81,92	4,392	84,42	4,642	86,92	4,892
76,93	3,893	79,43	4,143	81,93	4,393	84,43	4,643	86,93	4,893
76,94	3,894	79,44	4,144	81,94	4,394	84,44	4,644	86,94	4,894
76,95	3,895	79,45	4,145	81,95	4,395	84,45	4,645	86,95	4,895
76,96	3,896	79,46	4,146	81,96	4,396	84,46	4,646	86,96	4,896
76,97	3,897	79,47	4,147	81,97	4,397	84,47	4,647	86,97	4,897
76,98	3,898	79,48	4,148	81,98	4,398	84,48	4,648	86,98	4,898

76,99	3,899	79,49	4,149	81,99	4,399	84,49	4,649	86,99	4,899
77	3,9	79,5	4,15	82	4,4	84,5	4,65	87	4,9
77,01	3,901	79,51	4,151	82,01	4,401	84,51	4,651	87,01	4,901
77,02	3,902	79,52	4,152	82,02	4,402	84,52	4,652	87,02	4,902
77,03	3,903	79,53	4,153	82,03	4,403	84,53	4,653	87,03	4,903
77,04	3,904	79,54	4,154	82,04	4,404	84,54	4,654	87,04	4,904
77,05	3,905	79,55	4,155	82,05	4,405	84,55	4,655	87,05	4,905
77,06	3,906	79,56	4,156	82,06	4,406	84,56	4,656	87,06	4,906
77,07	3,907	79,57	4,157	82,07	4,407	84,57	4,657	87,07	4,907
77,08	3,908	79,58	4,158	82,08	4,408	84,58	4,658	87,08	4,908
77,09	3,909	79,59	4,159	82,09	4,409	84,59	4,659	87,09	4,909
77,1	3,91	79,6	4,16	82,1	4,41	84,6	4,66	87,1	4,91
77,11	3,911	79,61	4,161	82,11	4,411	84,61	4,661	87,11	4,911
77,12	3,912	79,62	4,162	82,12	4,412	84,62	4,662	87,12	4,912
77,13	3,913	79,63	4,163	82,13	4,413	84,63	4,663	87,13	4,913
77,14	3,914	79,64	4,164	82,14	4,414	84,64	4,664	87,14	4,914
77,15	3,915	79,65	4,165	82,15	4,415	84,65	4,665	87,15	4,915
77,16	3,916	79,66	4,166	82,16	4,416	84,66	4,666	87,16	4,916
77,17	3,917	79,67	4,167	82,17	4,417	84,67	4,667	87,17	4,917
77,18	3,918	79,68	4,168	82,18	4,418	84,68	4,668	87,18	4,918
77,19	3,919	79,69	4,169	82,19	4,419	84,69	4,669	87,19	4,919
77,2	3,92	79,7	4,17	82,2	4,42	84,7	4,67	87,2	4,92
77,21	3,921	79,71	4,171	82,21	4,421	84,71	4,671	87,21	4,921
77,22	3,922	79,72	4,172	82,22	4,422	84,72	4,672	87,22	4,922
77,23	3,923	79,73	4,173	82,23	4,423	84,73	4,673	87,23	4,923
77,24	3,924	79,74	4,174	82,24	4,424	84,74	4,674	87,24	4,924
77,25	3,925	79,75	4,175	82,25	4,425	84,75	4,675	87,25	4,925
77,26	3,926	79,76	4,176	82,26	4,426	84,76	4,676	87,26	4,926
77,27	3,927	79,77	4,177	82,27	4,427	84,77	4,677	87,27	4,927
77,28	3,928	79,78	4,178	82,28	4,428	84,78	4,678	87,28	4,928
77,29	3,929	79,79	4,179	82,29	4,429	84,79	4,679	87,29	4,929
77,3	3,93	79,8	4,18	82,3	4,43	84,8	4,68	87,3	4,93
77,31	3,931	79,81	4,181	82,31	4,431	84,81	4,681	87,31	4,931
77,32	3,932	79,82	4,182	82,32	4,432	84,82	4,682	87,32	4,932
77,33	3,933	79,83	4,183	82,33	4,433	84,83	4,683	87,33	4,933
77,34	3,934	79,84	4,184	82,34	4,434	84,84	4,684	87,34	4,934
77,35	3,935	79,85	4,185	82,35	4,435	84,85	4,685	87,35	4,935
77,36	3,936	79,86	4,186	82,36	4,436	84,86	4,686	87,36	4,936
77,37	3,937	79,87	4,187	82,37	4,437	84,87	4,687	87,37	4,937
77,38	3,938	79,88	4,188	82,38	4,438	84,88	4,688	87,38	4,938
77,39	3,939	79,89	4,189	82,39	4,439	84,89	4,689	87,39	4,939
77,4	3,94	79,9	4,19	82,4	4,44	84,9	4,69	87,4	4,94
77,41	3,941	79,91	4,191	82,41	4,441	84,91	4,691	87,41	4,941
77,42	3,942	79,92	4,192	82,42	4,442	84,92	4,692	87,42	4,942
77,43	3,943	79,93	4,193	82,43	4,443	84,93	4,693	87,43	4,943
77,44	3,944	79,94	4,194	82,44	4,444	84,94	4,694	87,44	4,944
77,45	3,945	79,95	4,195	82,45	4,445	84,95	4,695	87,45	4,945
77,46	3,946	79,96	4,196	82,46	4,446	84,96	4,696	87,46	4,946
77,47	3,947	79,97	4,197	82,47	4,447	84,97	4,697	87,47	4,947
77,48	3,948	79,98	4,198	82,48	4,448	84,98	4,698	87,48	4,948
77,49	3,949	79,99	4,199	82,49	4,449	84,99	4,699	87,49	4,949

77,5	3,95	80	4,2	82,5	4,45	85	4,7	87,5	4,95
77,51	3,951	80,01	4,201	82,51	4,451	85,01	4,701	87,51	4,951
77,52	3,952	80,02	4,202	82,52	4,452	85,02	4,702	87,52	4,952
77,53	3,953	80,03	4,203	82,53	4,453	85,03	4,703	87,53	4,953
77,54	3,954	80,04	4,204	82,54	4,454	85,04	4,704	87,54	4,954
77,55	3,955	80,05	4,205	82,55	4,455	85,05	4,705	87,55	4,955
77,56	3,956	80,06	4,206	82,56	4,456	85,06	4,706	87,56	4,956
77,57	3,957	80,07	4,207	82,57	4,457	85,07	4,707	87,57	4,957
77,58	3,958	80,08	4,208	82,58	4,458	85,08	4,708	87,58	4,958
77,59	3,959	80,09	4,209	82,59	4,459	85,09	4,709	87,59	4,959
77,6	3,96	80,1	4,21	82,6	4,46	85,1	4,71	87,6	4,96
77,61	3,961	80,11	4,211	82,61	4,461	85,11	4,711	87,61	4,961
77,62	3,962	80,12	4,212	82,62	4,462	85,12	4,712	87,62	4,962
77,63	3,963	80,13	4,213	82,63	4,463	85,13	4,713	87,63	4,963
77,64	3,964	80,14	4,214	82,64	4,464	85,14	4,714	87,64	4,964
77,65	3,965	80,15	4,215	82,65	4,465	85,15	4,715	87,65	4,965
77,66	3,966	80,16	4,216	82,66	4,466	85,16	4,716	87,66	4,966
77,67	3,967	80,17	4,217	82,67	4,467	85,17	4,717	87,67	4,967
77,68	3,968	80,18	4,218	82,68	4,468	85,18	4,718	87,68	4,968
77,69	3,969	80,19	4,219	82,69	4,469	85,19	4,719	87,69	4,969
77,7	3,97	80,2	4,22	82,7	4,47	85,2	4,72	87,7	4,97
77,71	3,971	80,21	4,221	82,71	4,471	85,21	4,721	87,71	4,971
77,72	3,972	80,22	4,222	82,72	4,472	85,22	4,722	87,72	4,972
77,73	3,973	80,23	4,223	82,73	4,473	85,23	4,723	87,73	4,973
77,74	3,974	80,24	4,224	82,74	4,474	85,24	4,724	87,74	4,974
77,75	3,975	80,25	4,225	82,75	4,475	85,25	4,725	87,75	4,975
77,76	3,976	80,26	4,226	82,76	4,476	85,26	4,726	87,76	4,976
77,77	3,977	80,27	4,227	82,77	4,477	85,27	4,727	87,77	4,977
77,78	3,978	80,28	4,228	82,78	4,478	85,28	4,728	87,78	4,978
77,79	3,979	80,29	4,229	82,79	4,479	85,29	4,729	87,79	4,979
77,8	3,98	80,3	4,23	82,8	4,48	85,3	4,73	87,8	4,98
77,81	3,981	80,31	4,231	82,81	4,481	85,31	4,731	87,81	4,981
77,82	3,982	80,32	4,232	82,82	4,482	85,32	4,732	87,82	4,982
77,83	3,983	80,33	4,233	82,83	4,483	85,33	4,733	87,83	4,983
77,84	3,984	80,34	4,234	82,84	4,484	85,34	4,734	87,84	4,984
77,85	3,985	80,35	4,235	82,85	4,485	85,35	4,735	87,85	4,985
77,86	3,986	80,36	4,236	82,86	4,486	85,36	4,736	87,86	4,986
77,87	3,987	80,37	4,237	82,87	4,487	85,37	4,737	87,87	4,987
77,88	3,988	80,38	4,238	82,88	4,488	85,38	4,738	87,88	4,988
77,89	3,989	80,39	4,239	82,89	4,489	85,39	4,739	87,89	4,989
77,9	3,99	80,4	4,24	82,9	4,49	85,4	4,74	87,9	4,99
77,91	3,991	80,41	4,241	82,91	4,491	85,41	4,741	87,91	4,991
77,92	3,992	80,42	4,242	82,92	4,492	85,42	4,742	87,92	4,992
77,93	3,993	80,43	4,243	82,93	4,493	85,43	4,743	87,93	4,993
77,94	3,994	80,44	4,244	82,94	4,494	85,44	4,744	87,94	4,994
77,95	3,995	80,45	4,245	82,95	4,495	85,45	4,745	87,95	4,995
77,96	3,996	80,46	4,246	82,96	4,496	85,46	4,746	87,96	4,996
77,97	3,997	80,47	4,247	82,97	4,497	85,47	4,747	87,97	4,997
77,98	3,998	80,48	4,248	82,98	4,498	85,48	4,748	87,98	4,998
77,99	3,999	80,49	4,249	82,99	4,499	85,49	4,749	87,99	4,999
78	4	80,5	4,25	83	4,5	85,5	4,75	88	5

78,01	4,001	80,51	4,251	83,01	4,501	85,51	4,751	88,01	5,001
78,02	4,002	80,52	4,252	83,02	4,502	85,52	4,752	88,02	5,002
78,03	4,003	80,53	4,253	83,03	4,503	85,53	4,753	88,03	5,003
78,04	4,004	80,54	4,254	83,04	4,504	85,54	4,754	88,04	5,004
78,05	4,005	80,55	4,255	83,05	4,505	85,55	4,755	88,05	5,005
78,06	4,006	80,56	4,256	83,06	4,506	85,56	4,756	88,06	5,006
78,07	4,007	80,57	4,257	83,07	4,507	85,57	4,757	88,07	5,007
78,08	4,008	80,58	4,258	83,08	4,508	85,58	4,758	88,08	5,008
78,09	4,009	80,59	4,259	83,09	4,509	85,59	4,759	88,09	5,009
78,1	4,01	80,6	4,26	83,1	4,51	85,6	4,76	88,1	5,01
78,11	4,011	80,61	4,261	83,11	4,511	85,61	4,761	88,11	5,011
78,12	4,012	80,62	4,262	83,12	4,512	85,62	4,762	88,12	5,012
78,13	4,013	80,63	4,263	83,13	4,513	85,63	4,763	88,13	5,013
78,14	4,014	80,64	4,264	83,14	4,514	85,64	4,764	88,14	5,014
78,15	4,015	80,65	4,265	83,15	4,515	85,65	4,765	88,15	5,015
78,16	4,016	80,66	4,266	83,16	4,516	85,66	4,766	88,16	5,016
78,17	4,017	80,67	4,267	83,17	4,517	85,67	4,767	88,17	5,017
78,18	4,018	80,68	4,268	83,18	4,518	85,68	4,768	88,18	5,018
78,19	4,019	80,69	4,269	83,19	4,519	85,69	4,769	88,19	5,019
78,2	4,02	80,7	4,27	83,2	4,52	85,7	4,77	88,2	5,02
78,21	4,021	80,71	4,271	83,21	4,521	85,71	4,771	88,21	5,021
78,22	4,022	80,72	4,272	83,22	4,522	85,72	4,772	88,22	5,022
78,23	4,023	80,73	4,273	83,23	4,523	85,73	4,773	88,23	5,023
78,24	4,024	80,74	4,274	83,24	4,524	85,74	4,774	88,24	5,024
78,25	4,025	80,75	4,275	83,25	4,525	85,75	4,775	88,25	5,025
78,26	4,026	80,76	4,276	83,26	4,526	85,76	4,776	88,26	5,026
78,27	4,027	80,77	4,277	83,27	4,527	85,77	4,777	88,27	5,027
78,28	4,028	80,78	4,278	83,28	4,528	85,78	4,778	88,28	5,028
78,29	4,029	80,79	4,279	83,29	4,529	85,79	4,779	88,29	5,029
78,3	4,03	80,8	4,28	83,3	4,53	85,8	4,78	88,3	5,03
78,31	4,031	80,81	4,281	83,31	4,531	85,81	4,781	88,31	5,031
78,32	4,032	80,82	4,282	83,32	4,532	85,82	4,782	88,32	5,032
78,33	4,033	80,83	4,283	83,33	4,533	85,83	4,783	88,33	5,033
78,34	4,034	80,84	4,284	83,34	4,534	85,84	4,784	88,34	5,034
78,35	4,035	80,85	4,285	83,35	4,535	85,85	4,785	88,35	5,035
78,36	4,036	80,86	4,286	83,36	4,536	85,86	4,786	88,36	5,036
78,37	4,037	80,87	4,287	83,37	4,537	85,87	4,787	88,37	5,037
78,38	4,038	80,88	4,288	83,38	4,538	85,88	4,788	88,38	5,038
78,39	4,039	80,89	4,289	83,39	4,539	85,89	4,789	88,39	5,039
78,4	4,04	80,9	4,29	83,4	4,54	85,9	4,79	88,4	5,04
78,41	4,041	80,91	4,291	83,41	4,541	85,91	4,791	88,41	5,041
78,42	4,042	80,92	4,292	83,42	4,542	85,92	4,792	88,42	5,042
78,43	4,043	80,93	4,293	83,43	4,543	85,93	4,793	88,43	5,043
78,44	4,044	80,94	4,294	83,44	4,544	85,94	4,794	88,44	5,044
78,45	4,045	80,95	4,295	83,45	4,545	85,95	4,795	88,45	5,045
78,46	4,046	80,96	4,296	83,46	4,546	85,96	4,796	88,46	5,046
78,47	4,047	80,97	4,297	83,47	4,547	85,97	4,797	88,47	5,047
78,48	4,048	80,98	4,298	83,48	4,548	85,98	4,798	88,48	5,048
78,49	4,049	80,99	4,299	83,49	4,549	85,99	4,799	88,49	5,049

TABLA N°12: EUNACOM ENTRE 88.5% Y 100%

%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE	%	PUNTAJE
88,5	5,05	91	5,3	93,5	5,55	96	5,8	98,5	6,05
88,51	5,051	91,01	5,301	93,51	5,551	96,01	5,801	98,51	6,051
88,52	5,052	91,02	5,302	93,52	5,552	96,02	5,802	98,52	6,052
88,53	5,053	91,03	5,303	93,53	5,553	96,03	5,803	98,53	6,053
88,54	5,054	91,04	5,304	93,54	5,554	96,04	5,804	98,54	6,054
88,55	5,055	91,05	5,305	93,55	5,555	96,05	5,805	98,55	6,055
88,56	5,056	91,06	5,306	93,56	5,556	96,06	5,806	98,56	6,056
88,57	5,057	91,07	5,307	93,57	5,557	96,07	5,807	98,57	6,057
88,58	5,058	91,08	5,308	93,58	5,558	96,08	5,808	98,58	6,058
88,59	5,059	91,09	5,309	93,59	5,559	96,09	5,809	98,59	6,059
88,6	5,06	91,1	5,31	93,6	5,56	96,1	5,81	98,6	6,06
88,61	5,061	91,11	5,311	93,61	5,561	96,11	5,811	98,61	6,061
88,62	5,062	91,12	5,312	93,62	5,562	96,12	5,812	98,62	6,062
88,63	5,063	91,13	5,313	93,63	5,563	96,13	5,813	98,63	6,063
88,64	5,064	91,14	5,314	93,64	5,564	96,14	5,814	98,64	6,064
88,65	5,065	91,15	5,315	93,65	5,565	96,15	5,815	98,65	6,065
88,66	5,066	91,16	5,316	93,66	5,566	96,16	5,816	98,66	6,066
88,67	5,067	91,17	5,317	93,67	5,567	96,17	5,817	98,67	6,067
88,68	5,068	91,18	5,318	93,68	5,568	96,18	5,818	98,68	6,068
88,69	5,069	91,19	5,319	93,69	5,569	96,19	5,819	98,69	6,069
88,7	5,07	91,2	5,32	93,7	5,57	96,2	5,82	98,7	6,07
88,71	5,071	91,21	5,321	93,71	5,571	96,21	5,821	98,71	6,071
88,72	5,072	91,22	5,322	93,72	5,572	96,22	5,822	98,72	6,072
88,73	5,073	91,23	5,323	93,73	5,573	96,23	5,823	98,73	6,073
88,74	5,074	91,24	5,324	93,74	5,574	96,24	5,824	98,74	6,074
88,75	5,075	91,25	5,325	93,75	5,575	96,25	5,825	98,75	6,075
88,76	5,076	91,26	5,326	93,76	5,576	96,26	5,826	98,76	6,076
88,77	5,077	91,27	5,327	93,77	5,577	96,27	5,827	98,77	6,077
88,78	5,078	91,28	5,328	93,78	5,578	96,28	5,828	98,78	6,078
88,79	5,079	91,29	5,329	93,79	5,579	96,29	5,829	98,79	6,079
88,8	5,08	91,3	5,33	93,8	5,58	96,3	5,83	98,8	6,08
88,81	5,081	91,31	5,331	93,81	5,581	96,31	5,831	98,81	6,081
88,82	5,082	91,32	5,332	93,82	5,582	96,32	5,832	98,82	6,082
88,83	5,083	91,33	5,333	93,83	5,583	96,33	5,833	98,83	6,083
88,84	5,084	91,34	5,334	93,84	5,584	96,34	5,834	98,84	6,084
88,85	5,085	91,35	5,335	93,85	5,585	96,35	5,835	98,85	6,085
88,86	5,086	91,36	5,336	93,86	5,586	96,36	5,836	98,86	6,086
88,87	5,087	91,37	5,337	93,87	5,587	96,37	5,837	98,87	6,087
88,88	5,088	91,38	5,338	93,88	5,588	96,38	5,838	98,88	6,088
88,89	5,089	91,39	5,339	93,89	5,589	96,39	5,839	98,89	6,089
88,9	5,09	91,4	5,34	93,9	5,59	96,4	5,84	98,9	6,09
88,91	5,091	91,41	5,341	93,91	5,591	96,41	5,841	98,91	6,091
88,92	5,092	91,42	5,342	93,92	5,592	96,42	5,842	98,92	6,092
88,93	5,093	91,43	5,343	93,93	5,593	96,43	5,843	98,93	6,093
88,94	5,094	91,44	5,344	93,94	5,594	96,44	5,844	98,94	6,094
88,95	5,095	91,45	5,345	93,95	5,595	96,45	5,845	98,95	6,095
88,96	5,096	91,46	5,346	93,96	5,596	96,46	5,846	98,96	6,096
88,97	5,097	91,47	5,347	93,97	5,597	96,47	5,847	98,97	6,097

88,98	5,098	91,48	5,348	93,98	5,598	96,48	5,848	98,98	6,098
88,99	5,099	91,49	5,349	93,99	5,599	96,49	5,849	98,99	6,099
89	5,1	91,5	5,35	94	5,6	96,5	5,85	99	6,1
89,01	5,101	91,51	5,351	94,01	5,601	96,51	5,851	99,01	6,101
89,02	5,102	91,52	5,352	94,02	5,602	96,52	5,852	99,02	6,102
89,03	5,103	91,53	5,353	94,03	5,603	96,53	5,853	99,03	6,103
89,04	5,104	91,54	5,354	94,04	5,604	96,54	5,854	99,04	6,104
89,05	5,105	91,55	5,355	94,05	5,605	96,55	5,855	99,05	6,105
89,06	5,106	91,56	5,356	94,06	5,606	96,56	5,856	99,06	6,106
89,07	5,107	91,57	5,357	94,07	5,607	96,57	5,857	99,07	6,107
89,08	5,108	91,58	5,358	94,08	5,608	96,58	5,858	99,08	6,108
89,09	5,109	91,59	5,359	94,09	5,609	96,59	5,859	99,09	6,109
89,1	5,11	91,6	5,36	94,1	5,61	96,6	5,86	99,1	6,11
89,11	5,111	91,61	5,361	94,11	5,611	96,61	5,861	99,11	6,111
89,12	5,112	91,62	5,362	94,12	5,612	96,62	5,862	99,12	6,112
89,13	5,113	91,63	5,363	94,13	5,613	96,63	5,863	99,13	6,113
89,14	5,114	91,64	5,364	94,14	5,614	96,64	5,864	99,14	6,114
89,15	5,115	91,65	5,365	94,15	5,615	96,65	5,865	99,15	6,115
89,16	5,116	91,66	5,366	94,16	5,616	96,66	5,866	99,16	6,116
89,17	5,117	91,67	5,367	94,17	5,617	96,67	5,867	99,17	6,117
89,18	5,118	91,68	5,368	94,18	5,618	96,68	5,868	99,18	6,118
89,19	5,119	91,69	5,369	94,19	5,619	96,69	5,869	99,19	6,119
89,2	5,12	91,7	5,37	94,2	5,62	96,7	5,87	99,2	6,12
89,21	5,121	91,71	5,371	94,21	5,621	96,71	5,871	99,21	6,121
89,22	5,122	91,72	5,372	94,22	5,622	96,72	5,872	99,22	6,122
89,23	5,123	91,73	5,373	94,23	5,623	96,73	5,873	99,23	6,123
89,24	5,124	91,74	5,374	94,24	5,624	96,74	5,874	99,24	6,124
89,25	5,125	91,75	5,375	94,25	5,625	96,75	5,875	99,25	6,125
89,26	5,126	91,76	5,376	94,26	5,626	96,76	5,876	99,26	6,126
89,27	5,127	91,77	5,377	94,27	5,627	96,77	5,877	99,27	6,127
89,28	5,128	91,78	5,378	94,28	5,628	96,78	5,878	99,28	6,128
89,29	5,129	91,79	5,379	94,29	5,629	96,79	5,879	99,29	6,129
89,3	5,13	91,8	5,38	94,3	5,63	96,8	5,88	99,3	6,13
89,31	5,131	91,81	5,381	94,31	5,631	96,81	5,881	99,31	6,131
89,32	5,132	91,82	5,382	94,32	5,632	96,82	5,882	99,32	6,132
89,33	5,133	91,83	5,383	94,33	5,633	96,83	5,883	99,33	6,133
89,34	5,134	91,84	5,384	94,34	5,634	96,84	5,884	99,34	6,134
89,35	5,135	91,85	5,385	94,35	5,635	96,85	5,885	99,35	6,135
89,36	5,136	91,86	5,386	94,36	5,636	96,86	5,886	99,36	6,136
89,37	5,137	91,87	5,387	94,37	5,637	96,87	5,887	99,37	6,137
89,38	5,138	91,88	5,388	94,38	5,638	96,88	5,888	99,38	6,138
89,39	5,139	91,89	5,389	94,39	5,639	96,89	5,889	99,39	6,139
89,4	5,14	91,9	5,39	94,4	5,64	96,9	5,89	99,4	6,14
89,41	5,141	91,91	5,391	94,41	5,641	96,91	5,891	99,41	6,141
89,42	5,142	91,92	5,392	94,42	5,642	96,92	5,892	99,42	6,142
89,43	5,143	91,93	5,393	94,43	5,643	96,93	5,893	99,43	6,143
89,44	5,144	91,94	5,394	94,44	5,644	96,94	5,894	99,44	6,144
89,45	5,145	91,95	5,395	94,45	5,645	96,95	5,895	99,45	6,145
89,46	5,146	91,96	5,396	94,46	5,646	96,96	5,896	99,46	6,146
89,47	5,147	91,97	5,397	94,47	5,647	96,97	5,897	99,47	6,147
89,48	5,148	91,98	5,398	94,48	5,648	96,98	5,898	99,48	6,148

89,49	5,149	91,99	5,399	94,49	5,649	96,99	5,899	99,49	6,149
89,5	5,15	92	5,4	94,5	5,65	97	5,9	99,5	6,15
89,51	5,151	92,01	5,401	94,51	5,651	97,01	5,901	99,51	6,151
89,52	5,152	92,02	5,402	94,52	5,652	97,02	5,902	99,52	6,152
89,53	5,153	92,03	5,403	94,53	5,653	97,03	5,903	99,53	6,153
89,54	5,154	92,04	5,404	94,54	5,654	97,04	5,904	99,54	6,154
89,55	5,155	92,05	5,405	94,55	5,655	97,05	5,905	99,55	6,155
89,56	5,156	92,06	5,406	94,56	5,656	97,06	5,906	99,56	6,156
89,57	5,157	92,07	5,407	94,57	5,657	97,07	5,907	99,57	6,157
89,58	5,158	92,08	5,408	94,58	5,658	97,08	5,908	99,58	6,158
89,59	5,159	92,09	5,409	94,59	5,659	97,09	5,909	99,59	6,159
89,6	5,16	92,1	5,41	94,6	5,66	97,1	5,91	99,6	6,16
89,61	5,161	92,11	5,411	94,61	5,661	97,11	5,911	99,61	6,161
89,62	5,162	92,12	5,412	94,62	5,662	97,12	5,912	99,62	6,162
89,63	5,163	92,13	5,413	94,63	5,663	97,13	5,913	99,63	6,163
89,64	5,164	92,14	5,414	94,64	5,664	97,14	5,914	99,64	6,164
89,65	5,165	92,15	5,415	94,65	5,665	97,15	5,915	99,65	6,165
89,66	5,166	92,16	5,416	94,66	5,666	97,16	5,916	99,66	6,166
89,67	5,167	92,17	5,417	94,67	5,667	97,17	5,917	99,67	6,167
89,68	5,168	92,18	5,418	94,68	5,668	97,18	5,918	99,68	6,168
89,69	5,169	92,19	5,419	94,69	5,669	97,19	5,919	99,69	6,169
89,7	5,17	92,2	5,42	94,7	5,67	97,2	5,92	99,7	6,17
89,71	5,171	92,21	5,421	94,71	5,671	97,21	5,921	99,71	6,171
89,72	5,172	92,22	5,422	94,72	5,672	97,22	5,922	99,72	6,172
89,73	5,173	92,23	5,423	94,73	5,673	97,23	5,923	99,73	6,173
89,74	5,174	92,24	5,424	94,74	5,674	97,24	5,924	99,74	6,174
89,75	5,175	92,25	5,425	94,75	5,675	97,25	5,925	99,75	6,175
89,76	5,176	92,26	5,426	94,76	5,676	97,26	5,926	99,76	6,176
89,77	5,177	92,27	5,427	94,77	5,677	97,27	5,927	99,77	6,177
89,78	5,178	92,28	5,428	94,78	5,678	97,28	5,928	99,78	6,178
89,79	5,179	92,29	5,429	94,79	5,679	97,29	5,929	99,79	6,179
89,8	5,18	92,3	5,43	94,8	5,68	97,3	5,93	99,8	6,18
89,81	5,181	92,31	5,431	94,81	5,681	97,31	5,931	99,81	6,181
89,82	5,182	92,32	5,432	94,82	5,682	97,32	5,932	99,82	6,182
89,83	5,183	92,33	5,433	94,83	5,683	97,33	5,933	99,83	6,183
89,84	5,184	92,34	5,434	94,84	5,684	97,34	5,934	99,84	6,184
89,85	5,185	92,35	5,435	94,85	5,685	97,35	5,935	99,85	6,185
89,86	5,186	92,36	5,436	94,86	5,686	97,36	5,936	99,86	6,186
89,87	5,187	92,37	5,437	94,87	5,687	97,37	5,937	99,87	6,187
89,88	5,188	92,38	5,438	94,88	5,688	97,38	5,938	99,88	6,188
89,89	5,189	92,39	5,439	94,89	5,689	97,39	5,939	99,89	6,189
89,9	5,19	92,4	5,44	94,9	5,69	97,4	5,94	99,9	6,19
89,91	5,191	92,41	5,441	94,91	5,691	97,41	5,941	99,91	6,191
89,92	5,192	92,42	5,442	94,92	5,692	97,42	5,942	99,92	6,192
89,93	5,193	92,43	5,443	94,93	5,693	97,43	5,943	99,93	6,193
89,94	5,194	92,44	5,444	94,94	5,694	97,44	5,944	99,94	6,194
89,95	5,195	92,45	5,445	94,95	5,695	97,45	5,945	99,95	6,195
89,96	5,196	92,46	5,446	94,96	5,696	97,46	5,946	99,96	6,196
89,97	5,197	92,47	5,447	94,97	5,697	97,47	5,947	99,97	6,197
89,98	5,198	92,48	5,448	94,98	5,698	97,48	5,948	99,98	6,198
89,99	5,199	92,49	5,449	94,99	5,699	97,49	5,949	99,99	6,199

90	5,2	92,5	5,45	95	5,7	97,5	5,95	100	6,2
90,01	5,201	92,51	5,451	95,01	5,701	97,51	5,951		
90,02	5,202	92,52	5,452	95,02	5,702	97,52	5,952		
90,03	5,203	92,53	5,453	95,03	5,703	97,53	5,953		
90,04	5,204	92,54	5,454	95,04	5,704	97,54	5,954		
90,05	5,205	92,55	5,455	95,05	5,705	97,55	5,955		
90,06	5,206	92,56	5,456	95,06	5,706	97,56	5,956		
90,07	5,207	92,57	5,457	95,07	5,707	97,57	5,957		
90,08	5,208	92,58	5,458	95,08	5,708	97,58	5,958		
90,09	5,209	92,59	5,459	95,09	5,709	97,59	5,959		
90,1	5,21	92,6	5,46	95,1	5,71	97,6	5,96		
90,11	5,211	92,61	5,461	95,11	5,711	97,61	5,961		
90,12	5,212	92,62	5,462	95,12	5,712	97,62	5,962		
90,13	5,213	92,63	5,463	95,13	5,713	97,63	5,963		
90,14	5,214	92,64	5,464	95,14	5,714	97,64	5,964		
90,15	5,215	92,65	5,465	95,15	5,715	97,65	5,965		
90,16	5,216	92,66	5,466	95,16	5,716	97,66	5,966		
90,17	5,217	92,67	5,467	95,17	5,717	97,67	5,967		
90,18	5,218	92,68	5,468	95,18	5,718	97,68	5,968		
90,19	5,219	92,69	5,469	95,19	5,719	97,69	5,969		
90,2	5,22	92,7	5,47	95,2	5,72	97,7	5,97		
90,21	5,221	92,71	5,471	95,21	5,721	97,71	5,971		
90,22	5,222	92,72	5,472	95,22	5,722	97,72	5,972		
90,23	5,223	92,73	5,473	95,23	5,723	97,73	5,973		
90,24	5,224	92,74	5,474	95,24	5,724	97,74	5,974		
90,25	5,225	92,75	5,475	95,25	5,725	97,75	5,975		
90,26	5,226	92,76	5,476	95,26	5,726	97,76	5,976		
90,27	5,227	92,77	5,477	95,27	5,727	97,77	5,977		
90,28	5,228	92,78	5,478	95,28	5,728	97,78	5,978		
90,29	5,229	92,79	5,479	95,29	5,729	97,79	5,979		
90,3	5,23	92,8	5,48	95,3	5,73	97,8	5,98		
90,31	5,231	92,81	5,481	95,31	5,731	97,81	5,981		
90,32	5,232	92,82	5,482	95,32	5,732	97,82	5,982		
90,33	5,233	92,83	5,483	95,33	5,733	97,83	5,983		
90,34	5,234	92,84	5,484	95,34	5,734	97,84	5,984		
90,35	5,235	92,85	5,485	95,35	5,735	97,85	5,985		
90,36	5,236	92,86	5,486	95,36	5,736	97,86	5,986		
90,37	5,237	92,87	5,487	95,37	5,737	97,87	5,987		
90,38	5,238	92,88	5,488	95,38	5,738	97,88	5,988		
90,39	5,239	92,89	5,489	95,39	5,739	97,89	5,989		
90,4	5,24	92,9	5,49	95,4	5,74	97,9	5,99		
90,41	5,241	92,91	5,491	95,41	5,741	97,91	5,991		
90,42	5,242	92,92	5,492	95,42	5,742	97,92	5,992		
90,43	5,243	92,93	5,493	95,43	5,743	97,93	5,993		
90,44	5,244	92,94	5,494	95,44	5,744	97,94	5,994		
90,45	5,245	92,95	5,495	95,45	5,745	97,95	5,995		
90,46	5,246	92,96	5,496	95,46	5,746	97,96	5,996		
90,47	5,247	92,97	5,497	95,47	5,747	97,97	5,997		
90,48	5,248	92,98	5,498	95,48	5,748	97,98	5,998		
90,49	5,249	92,99	5,499	95,49	5,749	97,99	5,999		
90,5	5,25	93	5,5	95,5	5,75	98	6		

90,51	5,251	93,01	5,501	95,51	5,751	98,01	6,001
90,52	5,252	93,02	5,502	95,52	5,752	98,02	6,002
90,53	5,253	93,03	5,503	95,53	5,753	98,03	6,003
90,54	5,254	93,04	5,504	95,54	5,754	98,04	6,004
90,55	5,255	93,05	5,505	95,55	5,755	98,05	6,005
90,56	5,256	93,06	5,506	95,56	5,756	98,06	6,006
90,57	5,257	93,07	5,507	95,57	5,757	98,07	6,007
90,58	5,258	93,08	5,508	95,58	5,758	98,08	6,008
90,59	5,259	93,09	5,509	95,59	5,759	98,09	6,009
90,6	5,26	93,1	5,51	95,6	5,76	98,1	6,01
90,61	5,261	93,11	5,511	95,61	5,761	98,11	6,011
90,62	5,262	93,12	5,512	95,62	5,762	98,12	6,012
90,63	5,263	93,13	5,513	95,63	5,763	98,13	6,013
90,64	5,264	93,14	5,514	95,64	5,764	98,14	6,014
90,65	5,265	93,15	5,515	95,65	5,765	98,15	6,015
90,66	5,266	93,16	5,516	95,66	5,766	98,16	6,016
90,67	5,267	93,17	5,517	95,67	5,767	98,17	6,017
90,68	5,268	93,18	5,518	95,68	5,768	98,18	6,018
90,69	5,269	93,19	5,519	95,69	5,769	98,19	6,019
90,7	5,27	93,2	5,52	95,7	5,77	98,2	6,02
90,71	5,271	93,21	5,521	95,71	5,771	98,21	6,021
90,72	5,272	93,22	5,522	95,72	5,772	98,22	6,022
90,73	5,273	93,23	5,523	95,73	5,773	98,23	6,023
90,74	5,274	93,24	5,524	95,74	5,774	98,24	6,024
90,75	5,275	93,25	5,525	95,75	5,775	98,25	6,025
90,76	5,276	93,26	5,526	95,76	5,776	98,26	6,026
90,77	5,277	93,27	5,527	95,77	5,777	98,27	6,027
90,78	5,278	93,28	5,528	95,78	5,778	98,28	6,028
90,79	5,279	93,29	5,529	95,79	5,779	98,29	6,029
90,8	5,28	93,3	5,53	95,8	5,78	98,3	6,03
90,81	5,281	93,31	5,531	95,81	5,781	98,31	6,031
90,82	5,282	93,32	5,532	95,82	5,782	98,32	6,032
90,83	5,283	93,33	5,533	95,83	5,783	98,33	6,033
90,84	5,284	93,34	5,534	95,84	5,784	98,34	6,034
90,85	5,285	93,35	5,535	95,85	5,785	98,35	6,035
90,86	5,286	93,36	5,536	95,86	5,786	98,36	6,036
90,87	5,287	93,37	5,537	95,87	5,787	98,37	6,037
90,88	5,288	93,38	5,538	95,88	5,788	98,38	6,038
90,89	5,289	93,39	5,539	95,89	5,789	98,39	6,039
90,9	5,29	93,4	5,54	95,9	5,79	98,4	6,04
90,91	5,291	93,41	5,541	95,91	5,791	98,41	6,041
90,92	5,292	93,42	5,542	95,92	5,792	98,42	6,042
90,93	5,293	93,43	5,543	95,93	5,793	98,43	6,043
90,94	5,294	93,44	5,544	95,94	5,794	98,44	6,044
90,95	5,295	93,45	5,545	95,95	5,795	98,45	6,045
90,96	5,296	93,46	5,546	95,96	5,796	98,46	6,046
90,97	5,297	93,47	5,547	95,97	5,797	98,47	6,047
90,98	5,298	93,48	5,548	95,98	5,798	98,48	6,048
90,99	5,299	93,49	5,549	95,99	5,799	98,49	6,049

RUBRO 2: ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO (Puntaje Máximo 3,00)

Se otorgará puntaje a los postulantes que se hayan desempeñado como alumno ayudante de forma remunerada, o ad-honorem, por un mínimo de 5 meses de duración por ayudantía, en forma continuada o fraccionada en períodos no inferiores a 15 días corridos. La realización de estas actividades de ayudantía debe ser certificadas por la autoridad competente de la Facultad de Medicina que corresponda (Director de Escuela, Director o Secretario de Pregrado, Secretario de Estudios, etc.)

Para efectos de otorgamiento de puntaje se considerará sólo un cargo de ayudante alumno por período.

Los meses de desempeño se suman hasta un máximo de 30 meses.

El postulante tiene la obligación de presentar el formulario Anexo N°7, debidamente llenado, acompañado por las acreditaciones correspondientes (certificados), los cuales deben estar firmados y timbrados por la(s) autoridad(es) indicada(s) en el referido formulario.

Para efecto de la puntuación en este rubro, se considerará “semestre” equivalente a 5 meses de duración y “anual” equivalente a 10 meses de duración. En caso de ayudantías cuya duración sea mayor a 5 meses (semestral) o 10 meses (anual), la Universidad debe explicitar fechas de inicio y término (formato DD/MM/AAAA) de dichas ayudantías en Anexo y certificado correspondiente.

Las fechas de inicio y término de ayudantías deben ser concordantes tanto en el Anexo, como en el Certificado. Si existiera incongruencia no se otorgará puntaje.

El mínimo período de tiempo para considerar como un mes de actividad será de 15 días corridos.

No se considerará ayudantía la participación en actividades administrativas no académicas, ni de representación estudiantil.

TABLA N°13

Nº Meses	Puntaje	Nº Meses	Puntaje	Nº Meses	Puntaje	Nº Meses	Puntaje
5	0.50	12	1.20	19	1.91	26	2.60
6	0.60	13	1.31	20	2.00	27	2.70
7	0.71	14	1.40	21	2.10	28	2.81
8	0.80	15	1.50	22	2.21	29	2.90
9	0.90	16	1.61	23	2.30	30	3.00
10	1.01	17	1.70	24	2.40		
11	1.10	18	1.80	25	2.51		

RUBRO 3: TRABAJOS CIENTÍFICOS (Puntaje Máximo 3,00)

Para el otorgamiento de puntaje en este rubro se considerarán como trabajos científicos la Categoría 1 “Trabajos publicados en Revistas con comité editorial” y Categoría 2 “Trabajos comunicados en Congresos Científicos”, presentando Anexo y certificación de respaldo correspondiente:

Categoría 1 Trabajos publicados en Revistas con comité editorial (2 puntos por trabajo) **Anexo N°8.1:**

Se considerará como trabajo científico en este rubro, todo aquel que haya sido publicado en revista o boletín con comité editorial. No se otorgará puntaje a colaboración en confección de manuales, cartas al editor ni reportes de casos individuales, así como tampoco en el caso de que una revista haga una publicación de los trabajos científicos presentados en congresos u otros.

Para efectos de puntuación, no se considerarán los borradores de trabajos, excepto en trabajos que se encuentren en la categoría 3.1.3 “por publicar”.

Serán requisitos los siguientes documentos, que el postulante deberá adjuntar según cada caso:

- 3.1.1 Trabajo publicado en revista o boletín impreso:
Fotocopia o impresión legalizada de resumen o abstract de la publicación original.
- 3.1.2 Trabajo publicado en revista o boletín online:
Fotocopia o impresión legalizada del resumen o abstract del trabajo publicado
Enlace web de publicación vigente a la fecha de revisión de la comisión.
- 3.1.3 Trabajo aceptado por publicar en revista o boletín online o impreso:
Fotocopia simple del borrador del trabajo completo.
Carta o certificado de aceptación por comité editorial de revista, original o fotocopia legalizada.

Se puntuarán sólo los trabajos publicados previos a la fecha de egreso, a excepción del punto 3.1.3, donde se considerarán trabajos aceptados con fecha previa a la de egreso, los que se calificarán con el 50% del puntaje (1 punto).

Categoría 2 Trabajos comunicados en Congresos Científicos. (1 punto por trabajo) **Anexo N°8.2**

Se considerarán los trabajos **aceptados y presentados** en congresos científicos, jornadas o simposios, sean nacionales o internacionales.

El postulante deberá adjuntar original o fotocopia legalizada del resumen publicado desde el libro original del congreso (no se aceptarán borradores) y certificado que acredite su participación como autor (original, fotocopia legalizada o fotocopia simple con código QR de verificación).

En el caso de que el congreso no cuente con libro de resumen, se deberá adjuntar un certificado del comité organizador que aclare este punto. Además, debe adjuntar el trabajo completo expuesto timbrado en su primera página por el comité organizador.

El postulante deberá tener calidad de autor. No se considera la calidad de coautor, colaborador, participante, encuestador, coordinador de investigación u otro.

En caso de que una revista médica haga publicación de trabajos científicos presentados en congresos u otros, se considerará como trabajo científico de congreso para efectos de puntaje.

El postulante tiene la obligación de notificar todos los trabajos en el anexo, en caso contrario no se otorgará puntaje.

No se considerará como otro trabajo aquel cuyo título sea diferente, pero su contenido sea similar a otro trabajo presentado por el mismo postulante en este mismo proceso.

No se considerará como otro antecedente un trabajo que haya sido publicado o presentado en más de una publicación o evento.

Se aceptará como plazo límite de presentación en congreso la fecha de las presentes bases.

Las fechas de publicaciones o presentaciones deben ser concordantes tanto en el anexo, como en el Certificado; si existiera incongruencia no se otorgará puntaje.

TABLA N° 14

Trabajos publicados en Revistas con Comité Editorial.	2 puntos (por cada trabajo)
Trabajos comunicados en Congreso Científico.	1 puntos (por cada trabajo)

RUBRO 4: PRÁCTICA DE ATENCIÓN ABIERTA Y HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA (Puntaje Máximo 3,00)

4.1 SUBRUBRO: PRÁCTICA DE ATENCIÓN ABIERTA

Actividad práctica asistencial, extracurricular, no remunerada y tutoriada, realizada durante el pregrado en Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud o en Instituciones delegadas, previamente acordadas entre los Directores de los respectivos Establecimientos y/o Servicios de Salud, y el Decano de una Facultad de Medicina.

Se considerará práctica útil solamente cuando el postulante la haya efectuado teniendo el 4º año de formación rendido. No se considerará la realización de dicha práctica después de la fecha de egreso.

Esta actividad deberá ser certificada (nombre, firma y timbre) por el Director del Establecimiento Asistencial donde realizó la práctica, y por el profesional que supervisó directamente la actividad (médico, matrona, enfermera u otro).

La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 160 horas. No se asignará puntaje a prácticas de menos de 80 horas. Se deben especificar días y horarios de trabajo, los que deben ser concordantes con las horas

declaradas.

El postulante debe presentar el formulario Anexo N°9.1, debidamente completado, acompañado por las acreditaciones correspondientes (certificados de respaldo) a la información contenida en el referido formulario.

Se reconocerán las Prácticas de Atención Abierta **realizadas hasta el 30 de noviembre de 2017**, es decir aquellos profesionales que ya las hayan realizado hasta esta fecha inclusive y presenten la documentación en forma correcta, serán evaluados.

4.2. SUBRUBRO: HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actividad práctica asistencial, curricular, realizada durante el pregrado en Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, considerando para este año el listado de establecimientos disponible en el banner Formación de Especialistas y Subespecialistas <https://www.ssmaule.cl/minsal/?p=13320>

Se considerarán horas de práctica de internado, con carácter obligatorio o electivo. Se considerarán las horas en el listado referido anteriormente, independiente del programa de internado en el cual se hayan realizado. Dicho de otro modo, se consideran las horas de práctica sin importar el nombre del curso del internado respectivo.

No se considerará las horas de práctica realizadas después de la fecha de egreso.

Esta actividad deberá ser certificada (nombre, cargo, firma y timbre original o firma digital avanzada o código de verificación) por el Director de Carrera o el Secretario de Estudios de la Universidad correspondiente, indicando en el documento cantidad de horas efectuadas por el alumno, semestre en que realizó la actividad, carácter obligatorio o electivo y establecimiento donde haya sido realizada.

No se considerará desempeño en establecimientos de urgencias como tiempo de actividad de internado para efectos de este rubro.

La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 240 horas. No se asignará puntaje por menos de 120 horas. Se deben especificar días y horarios de trabajo, los que deben ser concordantes con las horas declaradas.

El postulante debe presentar el formulario Anexo N°9.2, debidamente completado, acompañado por las acreditaciones correspondientes (certificados de respaldo) a la información contenida en el referido formulario.

4.3. SUBRUBRO: HORAS DE PRÁCTICA EN PERSONAS JURÍDICAS SIN FINES DE LUCRO

Actividad práctica asistencial, extracurricular, realizada durante el pregrado, en **Corporaciones, Fundaciones, Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG)**, inscritas en el Registro de Personas Jurídicas sin fines de Lucro, del Servicio de Registro Civil e Identificación.

Se considerará práctica útil solamente cuando el postulante la haya efectuado teniendo el 4º año de formación rendido. No se considerará la realización de dicha práctica después de la fecha de egreso.

Esta actividad deberá ser certificada presentando el Anexo N°9.3, acompañado del

certificado de vigencia de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro, que acredite más de 3 años de antigüedad, además de un certificado (nombre, cargo, firma y timbre original o firma digital avanzada o código de verificación) del Director o Presidente de la entidad sin fines de lucro, que indique la cantidad de horas efectuadas por el/la alumno/a, año en que realizó la actividad, fecha de inicio y término y breve descripción de las actividades realizadas.

La Comisión otorgará el puntaje de acuerdo con las horas efectivamente acreditadas, hasta un máximo de 160 horas. No se asignará puntaje por menos de 80 horas. Se deben especificar días y horarios de trabajo, los que deben ser concordantes con las horas declaradas.

El Puntaje del Rubro se asignará de acuerdo con la siguiente Tabla, considerando en forma individual cada sub rubro, con tope máximo de 2 puntos:

TABLA Nº15

Horas PAA	Horas IAPS	Horas PJSFL	Puntajes
80	120	80	1.50
90	135	90	1.70
100	150	100	1.88
110	165	110	2.07
120	180	120	2.25
130	195	130	2.45
140	210	140	2.63
150	225	150	2.82
160	240	160	3.00

Se considerará el puntaje más bajo cuando las horas sean intermedias entre tramos de horas, por ejemplo, en PAA al registrar entre 81 y 89 hrs., aplicará el puntaje 1,50.

RUBRO 5: CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO (Puntaje Máximo 3,00)

Se consideran todas las actividades de perfeccionamiento relacionadas con el campo de la salud impartida por Universidades, Sociedades Científicas o Médicas, Colegios Profesionales, SEREMI, MINSAL, Servicios de Salud, OMS, OPS y OTEC cualquiera sea el nombre de la actividad, con un mínimo de 20 horas pedagógicas de duración por actividad de capacitación, aprobada con nota mayor o igual a 4.0.

No se asignará puntaje a aquellas capacitaciones de duración inferior a 20 horas pedagógicas y tampoco por asistencia a congresos.

Los certificados deben ser emitidos por la institución que impartió la actividad de capacitación, en forma individual para cada una de ellas. En el caso de que la actividad sea realizada por la misma casa de estudios que otorgó el título profesional al postulante, se debe explicitar que ésta haya sido extracurricular.

Los certificados que acrediten la actividad deben indicar el número de horas del curso, las que serán sumadas. En el caso de certificados que señalen días, deberán reducirse a tres horas diarias si son a tiempo parcial, y a seis horas diarias si son a tiempo completo. Si éstos no señalan el número de horas, se considerarán como tiempo parcial.

En el caso de certificados digitalizados, se aceptará su impresión o fotocopia simple, siempre y cuando incluya un medio de verificación (código QR). En caso contrario, se aceptarán como válidas las copias que tengan el timbre y firma de la institución que imparte la capacitación.

La hora pedagógica equivale a 0,75 de la hora cronológica (horas cronológicas x 0,75 = horas pedagógicas).

Los cursos deben ser realizados y aprobados dentro del pregrado, siempre y cuando no formen parte de la malla curricular, ni constituir requisito de egreso, también se aceptarán los cursos o capacitaciones realizadas y aprobadas hasta la fecha de las presentes bases. Para ello, debe adjuntar certificado que lo acredite.

Cuando el certificado no especifique el tipo de hora (lectiva, académica, pedagógica o cronológica), se considerará como pedagógica.

El postulante debe presentar el Anexo N°6, acompañado por los certificados de respaldo a la información indicada en original o fotocopia legalizada (notarial), o ministro de fe.

La información contenida en el o los certificados deben ser concordantes con el Anexo, si existiera incongruencia no se otorgará puntaje.

TABLA N° 16

HORAS	PUNTAJE	HORAS	PUNTAJE	HORAS	PUNTAJE	HORAS	PUNTAJE
20	0.07	30	0.82	40	1.57	50	2.32
21	0.14	31	0.89	41	1.64	51	2.39
22	0.22	32	0.97	42	1.72	52	2.47
23	0.29	33	1.04	43	1.79	53	2.54
24	0.37	34	1.12	44	1.87	54	2.62
25	0.44	35	1.19	45	1.94	55	2.69
26	0.52	36	1.27	46	2.02	56	2.77
27	0.59	37	1.34	47	2.09	57	2.84
28	0.67	38	1.42	48	2.17	58	2.92
29	0.74	39	1.49	49	2.24	59	2.99
						60	3.00

Artículo 16°: Listado Provisorio

La Comisión de Selección deberá confeccionar un Listado de Puntajes Provisorios el que contendrá el RUT del postulante y su puntaje. Este listado tendrá el carácter de provisorio hasta que se resuelvan los recursos de reposición y/o apelación en subsidio a que pudiese dar lugar.

Las Comisiones de Reposición y Apelación están facultadas para reevaluar los Rubros solicitados pudiendo estos subir o mantener el puntaje provisorio, de acuerdo con lo solicitado por el postulante.

El Listado de Puntajes Provisorios se publicará en la página web del Servicio de Salud Maule www.ssmaule.cl banner “FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS”, sin perjuicio de la adopción de toda otra medida de difusión que se estime conveniente y/o adecuada, en el plazo señalado en el Cronograma contenido en el Anexo B.

5.- De las Impugnaciones

Artículo 17º: Reposición y apelación en subsidio.

Todo postulante que, de acuerdo con las normas indicadas en el artículo 3º de las presentes Bases, considere que la inadmisibilidad no se ajusta a lo señalado en el artículo 12 sobre admisibilidad de la postulación, o el puntaje otorgado no se ajusta a lo señalado en el artículo 14 ó 15 de las presentes bases, podrá presentar, una impugnación (formato Anexo N°10) ante la Comisión respectiva, dentro del plazo indicado en el Cronograma (Anexo A). Para estos efectos, el plazo termina a las 16:00 horas del último día establecido para interponer el reclamo. En el mismo documento el postulante podrá apelar **en subsidio** respecto de su evaluación, ante la Comisión respectiva, para el evento de que la Reposición presentada sea desechada.

La reposición y apelación en subsidio, debe ser fundada y enviada por el postulante de la misma manera que realizó la postulación, según los plazos establecidos en el cronograma. La reposición con apelación en subsidio, que no sea fundada en antecedentes presentados al proceso de selección, y de acuerdo con las normas que lo rigen, serán desestimadas de plano. En estas Etapas sólo se aceptarán documentos aclaratorios de antecedentes presentados previamente, **NO se considera información nueva.** Excepcionalmente, y mediando acuerdo, la Comisión podrá solicitar documentos que no se hayan acompañado en la reposición, pero solo para efectos de aclaración.

La Comisión de Reposición indicada podrá:

- a. Acoger la solicitud y revocar la declaración anterior de inadmisibilidad, procediendo a evaluar la postulación.
- b. Denegar la solicitud de admisibilidad de la postulación, pasando los antecedentes a la Comisión de Apelación.
- c. Corregir nuevamente el rubro enviado a reposición, pudiendo este verse afecto a modificaciones de puntaje tanto al alza como en detrimento.
- d. Acoger la reposición de puntaje, asignando el puntaje esperado.
- e. Acoger parcialmente o denegar la solicitud de revisión de puntaje, y enviar los antecedentes a la Comisión de Apelación.

La Comisión de Reposición deberá expresar detalladamente los fundamentos por los cuales deniega una solicitud de admisibilidad, notificando al postulante mediante correo electrónico informado en su postulación.

En caso de que la reposición sea denegada, el acta en que conste la fundamentación de la Comisión será reenviada a la Comisión de Apelación para que sea considerada al momento de resolver.

Artículo 18º: Comisión de Apelación

El recurso de apelación lo resolverá una Comisión de Apelación, la cual está integrada por personas distintas a la comisión de selección y reposición.

Estará conformada por los siguientes integrantes:

- a. Presidente de la Comisión de selección y reposición
- b. Subdirector(s) de Gestión Asistencial Servicio de Salud Maule, o quien designe
- c. Subdirectora de Gestión de las Personas Servicio de Salud Maule, o quien designa
- d. Representante del Colegio Regional del Maule
- e. Jefatura Unidad Formación de Especialistas

La apelación sólo será admisible cuando se haya interpuesto conjunta y subsidiariamente al recurso de reposición, no se admitirán apelaciones directas.

La referida Comisión deberá fundadamente resolver las reposiciones que hayan sido denegadas, notificando el resultado de la persistencia de las inadmisibilidades a los recurrentes mediante correo electrónico indicado en su postulación. Además, podrá pronunciarse respecto de cualquier error u omisión no detectada en el proceso de asignación de puntaje, respecto de las reclamaciones que lleguen a la Comisión de Apelación, derivadas de la comisión de Reposición.

Recibirá impugnaciones de documentación complementaria o aclaratoria de los postulantes que hayan presentado una reposición al rubro presentado previamente.

Una vez resueltas todas las apelaciones, la Comisión de Apelación confeccionará un “Listado de Puntajes Definitivos”, el cual se ordenará en forma decreciente de acuerdo al puntaje total obtenido. Este resultado tiene carácter de definitivo ya que las comisiones se disuelven luego de entregar el Ranking final.

A la Comisión de Apelación también le corresponderá resolver en caso de empate, conforme a las reglas establecidas en las Bases.

Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión deberá:

1. Confeccionar Actas, las que deberán contener según corresponda:
 - a. Constancia de lo reclamado por cada postulante y el resultado de la revisión de su presentación.
 - b. Análisis y evaluación particular de las presentaciones.

Artículo 19°: Libro de Actas

Las Comisiones deberán confeccionar un Libro de Actas en el cual deberá estar contenida la siguiente información:

1. Actas de la Comisión de Selección, sea actuando como tal o como Comisión de Reposición.
2. Actas de la Comisión de Apelación y/o Reposición.
3. Verificación de admisibilidad de las postulaciones: Se deberá verificar el cumplimiento por parte de cada postulación de la presentación en tiempo y forma de las propuestas. En el evento de detectarse alguna causal de exclusión, se deberá dejar constancia de ello.
4. Análisis particular de las postulaciones.
5. Listado de todas las postulaciones participantes, consideradas por orden del puntaje total obtenido.
6. Informe de Selección con el análisis final de evaluación y de observaciones.

Las Comisiones de Selección, Reposición y Apelación contarán con el apoyo de la Unidad de Formación del Servicio, en la realización de las siguientes tareas:

- a. Recepción y orden de carpetas de postulación
- b. Coordinar y Convocar las comisiones
- c. Publicación del listado de puntajes provisorio, provisorio con reposición y definitivo
- d. Solicitar a cualquier entidad antecedentes para verificar la veracidad de la documentación presentada por los postulantes

- e. Convocar y coordinar el llamado a viva voz para la asignación de cupos.
- f. Ofrecer los cupos, según lo estipulado en el artículo 1°
- g. Custodia las carpetas de postulación, libro de actas y evaluaciones.

6.- Adjudicación de Cupos de Especialización

Artículo 20°: Adjudicación de cupos de Especialización

Una vez elaborado el listado con los puntajes definitivos en la fecha establecida en el Cronograma Anexo A, se procederá al ofrecimiento de beca, en orden decreciente, de mayor a menor puntaje, mediante Llamado a Viva Voz realizado en forma virtual donde deberán participar obligatoriamente todos los postulantes, la plataforma y horario se enviarán previamente al correo electrónico del postulante por la Unidad Formación de Especialistas de la Dirección de Servicio de Salud Maule.

Al momento de ser aludido, el postulante deberá indicar, según el listado de los cupos ofrecidos en el artículo 1° de las presentes bases, el cupo elegido y presentar su certificado de habilitación en la pantalla, inmediatamente deberá enviar dicho certificado al correo electrónico sleal@ssmaule.cl. Posteriormente, el postulante que escoja cupo deberá en forma presencial firmar el documento de Toma de cupo, presentar el certificado de habilitación original y otros documentos que pueden ser solicitados por la Unidad de Formación de Especialistas para la correspondiente contratación.

En el presente proceso de selección se podrán adjudicar un máximo de 5 cupos, que corresponderá a aquellos postulantes que tengan mayor puntaje, quedando el resto de postulantes en lista de espera, en caso de que alguien renuncie a su cupo en el Llamado a Viva Voz (Anexo 11) la Unidad Formación de Especialistas se contactará con el primer postulante que continúe en la lista de espera para ofrecer cupo.

Es responsabilidad del postulante revisar y mantener vigente la casilla del correo electrónico informado en la carpeta de postulación. Así como participar y mantenerse en la reunión virtual de Llamado a Viva Voz, para ello es requisito contar con un equipo que permita escuchar, hablar y tener la cámara encendida durante toda la reunión según la plataforma enviada y conexión a internet durante todo el proceso.

El/la postulante deberá dar aviso durante el Llamado a Viva Voz, si advierte que tiene problemas de conexión o su internet es inestable, hasta antes de su turno al correo sleal@ssmaule.cl o teléfono 71 2 749970.

Durante el Llamado a Viva Voz, será obligación de todo participante mantener una conducta acorde a la actividad y cualquier comportamiento que altere el normal desarrollo de ésta facultará a la Unidad Formación de Especialistas a tomar las medidas correspondientes, pudiendo perder el/la postulante, por esta medida, su opción o prioridad.

La firma de la toma de cupo será en la fecha indicada en el cronograma (anexo A), el/la postulante personalmente, o representado por un tercero que exhiba un poder simple otorgado para tal efecto, deberá completar formulario de aceptación de financiamiento para la obtención de cupo, en la Unidad de Formación de especialistas de la Dirección de Servicio de Salud Maule. Sin este documento **se entenderá el cupo, como no tomado pudiendo ser ofertado al postulante que continúe, según su puntaje en lista de espera.**

Una vez aceptado un cupo, se podrá renunciar al mismo presentando el Anexo N° 11, hasta las 17:00 hrs. del último día considerado para ello en el cronograma contenido en el Anexo A en la Unidad de Formación de Especialistas, ubicada en 1 norte 963, Edificio 2000, cuarto piso, Talca.

Los programas de especialización deberán asumirse en la fecha que estipulen las respectivas Escuelas de Postgrado y acorde a las normas internas contenidas en sus reglamentos. No se aceptarán postergaciones en su inicio.

Corresponderá a este Servicio de Salud dictar la correspondiente Resolución que concede beca, por lo cual el profesional debe contar con su contrato vigente al momento de dictar dicha resolución para comenzar el programa de especialización y haber firmado la Escritura Pública respectiva previo al inicio del programa de formación o durante el primer mes de formación.

Para todo lo no previsto en las presentes bases regirá lo establecido en la Ley N° 19.664, N°15.076 y sus respectivos reglamentos.

INFORMACIÓN GENERAL:

- Los profesionales que accedan a los programas de especialización están obligados a cumplir las normas internas del campo clínico; las obligaciones docente-asistenciales y académicas que la formación impone, y las administrativas, tales como registrar su asistencia. El incumplimiento de estas obligaciones puede dar lugar al término de la beca.
- Los profesionales deben garantizar el cumplimiento de sus obligaciones suscribiendo una Escritura Pública y Pagaré en favor del Servicio de Salud, documentos que darán cuenta de los derechos y obligaciones que les corresponden con ocasión de su beca, siendo del cargo del profesional seleccionado los gastos de suscripción de dichos documentos. El formato de dichos documentos será enviado por el Servicio de Salud, el cual no es modificable ni adulterable por el profesional.
- El Convenio entre el Servicio de Salud Maule y el centro formador, para la formación de la especialidad, comprende los costos de matrícula y arancel por el tiempo de duración del programa, **y solo se admite su prórroga por licencia médica o maternal**. Si el programa se extiende por razones inherentes al becario como rendimiento académico, por situaciones personales u otras, los costos serán de cargo del profesional.

Artículo 21º: CONVENIOS

Los postulantes deberán asumir los programas de especialización en la fecha que estipulen las respectivas Escuelas de Postgrado, y de acuerdo con las normas internas contenidas en sus reglamentos, previa rendición del examen final y obtención del título de especialista, no pudiendo iniciar PAO sino cuenta previamente con ello.

No se aceptarán postergaciones en el inicio del Programa de Especialización.

Corresponderá al Servicio de Salud Maule, dictar la correspondiente resolución y encargarse de los debidos procedimientos administrativos que acompañan este proceso de selección.

Una vez asignada la beca, el becario deberá suscribir convenio respectivo con el Servicio de Salud Maule, en los términos del artículo 19 del Decreto Supremo N°507/91, del Ministerio de Salud, establecido en la Escritura Pública y Pagaré.

Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del becario, el profesional deberá previamente constituir caución suficiente, mediante la firma de escritura pública y pagaré, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. Dicha garantía se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del Período Asistencial Obligatorio (PAO), cediéndose cuando corresponda, a la institución en la cual el profesional deba cumplir su compromiso en el momento en que deba asumir dicho período.

Se entiende que el plazo de duración de la beca contempla la rendición de examen final y la obtención del título de especialidad, debiendo iniciar a continuación de su período de formación el PAO en algún establecimiento de la Red Asistencial del Maule, que designe el Director del Servicio.

Para todo lo no previsto en las presentes bases regirá lo establecido en la Ley N°19.378 y Ley N° 19.664 y sus respectivos reglamentos.

Artículo 22°: Término anticipado del Programa de Formación

No habrá obligación por parte del profesional de efectuar una fase asistencial a continuación del período formativo cuando él o ella no cumplan con su programa de especialización o éste termine anticipadamente.

El programa de especialización iniciado podrá terminar anticipadamente por:

- b) Renuncia del profesional funcionario
- c) Eliminación por rendimiento académico
- d) Incumplimiento de las normas del centro formador
- e) Falta de aptitudes requeridas para continuar con el programa conforme a lo dispuesto en el artículo 9 del DS 507/1991.
- f) Renuncia por situaciones de salud

En todos estos casos, el profesional deberá reembolsar los gastos con motivo de la ejecución del programa de formación, incluidos estipendios, matrículas y aranceles que haya efectuado el Ministerio o el Servicio de Salud, según corresponda, y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%, por el tiempo de permanencia en el respectivo programa.

Toda renuncia al programa de especialización deberá presentarse ante la Dirección del Servicio de Salud Maule.

El profesional que renuncie a su programa de especialización podrá volver a postular a un nuevo programa siempre que haya presentado su renuncia antes del inicio del tercer semestre. También podrá volver a postular a un nuevo programa de especialización el profesional que haya sido calificado sin aptitudes.

El profesional que sea eliminado del programa de especialización por rendimiento académico no podrá volver a postular a un programa de especialización que ofrezca el Servicio o la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Tampoco quienes hayan incumplido las normas internas del campo clínico conforme al artículo 6° del DS 507/1991, ni quienes sean

calificados sin aptitudes conforme al artículo 9 del mismo decreto, pero con posterioridad al inicio del segundo semestre.

Si la renuncia al programa de especialización se basa en situaciones de salud que afecten al becario o a alguno de sus familiares que dependan de él que sean incompatibles con las actividades académicas de aquél, la Subsecretaría de Redes Asistenciales estará facultada para poner término a la beca sin restitución de fondos y podrá volver a postular a un nuevo programa que ofrezca el Servicio o la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Artículo 23°: Período Asistencial Obligatorio- PAO

El término que la beca implica la obligación del profesional de efectuar una fase asistencial a continuación del periodo formativo, en calidad de funcionario, en algún establecimiento del Servicios de Salud Maule o de la Atención Primaria de Salud Municipal de la Región, previa rendición del examen final y la obtención del título de especialidad, no podrá iniciar su Período Asistencial Obligatorio si no cuenta con el título de especialista conforme la beca obtenida.

A) Duración del Período Asistencial Obligatorio: Los profesionales que accedan y cumplan programas de especialización en *calidad de becarios*, tendrán la obligación de desempeñarse por un tiempo equivalente al **doble del periodo de duración de los programas** en algún establecimiento perteneciente a este Servicio.

B) Lugar de desempeño del periodo asistencial obligatorio: será el Director del Servicio de Salud Maule, quien definirá el establecimiento de desempeño de Período Asistencial Obligatorio en Hospitales, Atención Primaria de Salud u otro establecimiento de este Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, este establecimiento será notificado a lo menos con seis meses de antelación al término del periodo de formación.

C) Jornada de compromiso de desempeño: El profesional será contratado con jornada completa por el Servicio de Salud Maule o establecimiento destinado.

Excepcionalmente, el compromiso de desempeño podrá cumplirse en jornadas de hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público. También podrá cumplirse en jornadas de 22 horas semanales, cuando la Dirección del Servicio lo determine, a solicitud del profesional, considerando las necesidades de la red, extendiendo el Periodo Asistencial Obligatorio por el tiempo proporcional restante.

D) Obligación de otorgar garantía: Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de desempeño el profesional deberá constituir una garantía equivalente a los gastos originados con motivo de la ejecución del programa y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un 50%. Para estos efectos, el Director de Servicio de Salud Maule, hará una estimación de los gastos derivados del incumplimiento los que no podrán exceder de un tercio de los gastos ocasionados con motivo de la ejecución de los programas.

La caución o garantía consiste en una obligación garantizada por un pagaré suscrito a favor del Servicio de Salud Maule, complementado por una Escritura Pública en la que consta el convenio con los derechos y obligaciones del becario.

Si el profesional, luego de cumplir su programa de especialización, no da cumplimiento a su obligación de desempeño en el organismo a que pertenece, o que le es indicado, será además responsable de los perjuicios que el incumplimiento cause al Servicio o entidad afectada.

Asimismo, quedará impedido de reingresar a la Administración del Estado hasta por un lapso de 6 años, sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía que ha otorgado por escritura pública y pagará, administrativamente y sin más trámite.

La garantía se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del periodo asistencial obligatorio, cediéndose cuando corresponda, a la institución en la cual el profesional deba cumplir su compromiso en el momento en que deba asumir dicha práctica. (Art. 19 decreto 91/2001 y art. 23 decreto 507/91).

El profesional, conforme a la normativa vigente deberá encontrarse en posesión de su título de Especialista al momento de iniciar su Período Asistencial Obligatorio – PAO - en el establecimiento de salud que sea destinado por el Servicio de Salud, por lo que la obtención del título de Especialidad debe estar comprendido dentro del tiempo de duración de la beca, en caso contrario será considerado como un incumplimiento a sus obligaciones con las correspondientes consecuencias que establece la ley.

Los resultados del proceso serán informados al Departamento de Capacitación, Formación y Educación continua de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se ingresarán todos los antecedentes al sistema informático FORCAP.

El cierre del presente proceso concursal será mediante una Resolución Exenta, una vez adjudicada la beca ofrecida.

II ANEXOS

ANEXO A:
CRONOGRAMA

DETALLE	FECHA
Publicación Aviso	13/09/2022
Recepción de antecedentes hasta las 16:00 hrs.	13/09/2022 al 26/09/2022
Comisión de Selección de Antecedentes	27/09/2022 al 28/09/2022
Publicación de Puntajes Provisorios	28/09/2022
Recepción de antecedentes para Reposición hasta las 16:00 hrs	29/09/2022
Comisión de Reposición	30/09/2022
Publicación de Puntajes Provisorios c/Reposición	30/09/2022
Comisión de Apelación	03/10/2022
Publicación de Puntajes Definitivos	03/10/2022
Llamado a Viva Voz (09:00 a 12:00 horas)	04/10/2022
Firma Toma de Cupo (14:00 a 17:00 horas)	04/10/2022
Renuncias hasta las 16:00 hrs.	05/10/2022
Segundo Llamado para Toma de Cupo	05/10/2022
Ingreso a Formación	06/10/2022

ANEXO A:

CARATULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN

“PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2022 PARA MÉDICOS CIRUJANOS REGIDOS POR EL ARTÍCULO 9 DE LA LEY Nº 19.664, POR LA LEY Nº 19.378, POR LA LEY Nº 15.076 O POR ART. 18 Nº1 DECRETO SUPREMO Nº507/1991 DEL MINSAL ÚLTIMA PROMOCIÓN CONCURSO LOCAL EXTRAORDINARIO SSMAULE AÑO 2022”

Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Nombres	
Cédula de Identidad	
Correo electrónico	
Dirección	
Comuna	
Región	
Teléfono de contacto	
Fecha de Nacimiento	
Universidad de Egreso	
Fecha de Egreso	
Nacionalidad	
Ley de ingreso	

Timbre Unidad Formación de Especialistas
Servicio de Salud Maule

Nota: el postulante deberá conservar una copia del presente anexo, para acreditar en caso 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 Unidad de Reclutamiento del Servicio de Salud Maule.

ANEXO C:

Formulario de postulación para acceder a cupos de especialización Concurso Local Extraordinario 2022 Servicio de Salud Maule

Número de Folio					Meses de Antigüedad		
Uso exclusivo Comisión							

Sólo para postulantes titulados entre 01-05-2011 al 31-05-2021							
IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)							
Servicio de Salud o Municipalidad							
Establecimiento de Desempeño							
Dirección Institucional							
Contrato vigente (indicar con una "X" la Ley que rige su contrato)				19.378		19.664	15.076

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)	
Nombre Completo	
Cédula de Identidad	
Dirección Particular	
Teléfono de Contacto	
Correo electrónico	
Ley de ingreso	

Solo postulantes de la Ley N°19.664 y N°19.378	
Se acoge a la rebaja de un año de desempeño previo, resoluciones N° 747 y 876 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para postular a cupo de las especialidades: Medicina Familiar – Salud Pública – Medicina de Urgencia – Medicina Interna – Obstetricia y Ginecología – Pediatría – Psiquiatría Adulto o Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia - Neurología – Oftalmología. <u>Debe indicar con una "X" su opción.</u>	
SI ____	NO ____

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: Detalle de la documentación entregada

I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre del Postulante	
RUT	
Servicio de Salud o Municipalidad (empleador, si corresponde)	

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Rubros	Anexos	N° Hojas

ANEXO E:

REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD

NOMBRE:

RUT:

Para el proceso de admisibilidad para Concurso “PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2022 PARA MÉDICOS CIRUJANOS REGIDOS POR EL ARTÍCULO 9 DE LA LEY Nº 19.664, POR LA LEY Nº 19.378, POR LA LEY Nº 15.076 O ART. 18 N°1 DECRETO SUPREMO Nº507/1991 DEL MINSAL ÚLTIMA PROMOCIÓN” CONCURSO LOCAL EXTRAORDINARIO SSMAULE AÑO 2022 debe adjuntar los siguientes requisitos.
(USO DE COMISIÓN)

N°	REQUISITO	CUMPLE REQUISITO			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO CORRESPONDE	
1.	Copia a color de Cédula de Identidad o Certificado de permanencia definitiva en Chile, según corresponda.				
2.	Certificado de Título original extendido por la Universidad respectiva o fotocopia legalizada ante Notario y certificado de reconocimiento o revalidación o EUNACOM, según corresponda y en las fechas según ley de postulación.				
3.	Certificado de la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.				
4.	Estampilla EUNACOM (Anexo F).				
5.	Declaración Jurada por término de programa de Formación (Anexo G) y resolución si corresponde.				
6.	Contrato vigente: Adjuntar certificado emitido por el empleador actual, que indique tipo de contrato, Ley de contratación y periodo de contratación, según corresponda. Excepto postulantes de última generación.				
7.	Antigüedad laboral, según ley de contratación.				
8.	Presentación de documentos falsos, adulterados o manifiestamente inexactos.				

*Corroborar con indicaciones de artículo 12° de las presentes bases.

**ANEXO F:
EUNACOM**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE
UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009**

**EXAMEN UNICO NACIONAL
DE CONOCIMIENTOS DE MEDICINA**

CH

Nombres
Apellidos
Universidad
RUT

PUNTAJE

Perceñal

Información

Diciembre 2009

APROBADO

De acuerdo al Decreto 261,
al Decreto del
Ministerio de Salud y a la Resolución
N° 640 del Ministerio de Salud.

PEGAR

AQUI

Interpretación del puntaje en www.emn.cl

**PARA POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON
REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2007
HASTA EL 18.04.2009 NO ES OBLIGATORIO ESTE ITEM**

ANEXO G:
DECLARACION JURADA SIMPLE

Yo _____, RUN _____-____ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como, tampoco haber abandonado la formación o compromiso de devolución (PAO) por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en el Artículo 25° del Decreto Nº 507/1991 del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de término a la beca sin sanciones y autoriza de un nuevo concurso emitida por el Servicio de Salud respectivo).

Firma Postulante

ANEXO 1:
RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO

NOMBRE: _____

RUT: _____

LEY CONTRATACION	HORAS	COMUNA	ESTABLECIMIENTO	INICIO (dd/mm/aa)	TERMINO (dd/mm/aa)
19.378	11				
	22				
	33				
	44				
19.664	11				
	22				
	33				
	44				
15.076	28				

ANEXO N°1.1

DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)	
--	--

Servicio de Salud

Establecimiento	
-----------------	--

(Nombre del Hospital)

Nombre del Postulante

Fecha Inicio: ____/____/____
(dd/mm/aa)

Fecha Término: ____/____/____
(dd/mm/aa)

Nº de horas contratadas:

Fecha emisión anexo:

Fecha, nombre, timbre y firma del encargado de personal o Subdirector Gestión de las Personas del establecimiento correspondiente.

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

(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de salud o en distintos periodos, duplicar este anexo las veces que sea necesario)

ANEXO 1.2

DESEMPEÑO EN COMPIN, SERVICIO MEDICO LEGAL O SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL				
Entidad de desempeño (Empleador)				
Nombre de Jefatura directa				
Cargo de Jefatura directa				
Nombre del Postulante				
Fecha Inicio (dd/mm/aa):				
Fecha Término (dd/mm/aa):				
Antigüedad de desempeño	Años:	Meses:	Días:	
Desglose Antigüedad				
Jornada laboral única (marcar con "X" lo que corresponda).	11 horas	22 horas	33 horas	44 horas
Los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas , señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej.: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs)	11 horas	22 horas	33 horas	44 horas
Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde)				
Periodo sin goce de remuneraciones	Fecha Inicio	Fecha Término	N° total de días	
Medidas disciplinarias				
Registra. Marcar con "X" lo que corresponda)	No	SI (llenar recuadro siguiente)		
	Fecha que se instruyó de investigación o sumario			
	Medida disciplinaria			
Fecha, nombre, timbre y firma encargado de personal o Subdirector Gestión de las Personas del establecimiento correspondiente.				

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 1.3

DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO APS (LEY N° 19.378)				
Ilustre Municipalidad de				
Nombre del Establecimiento				
Nombre del Director de Salud Comunal				
Nombre del Postulante				
Cédula 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 Término	N° total de días	
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	No	SI (llenar recuadro siguiente)		
Fecha que se instruyó de investigación o sumario	Medida disciplinaria			
Fecha, nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal				

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgencia, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública, Neurología y Oftalmología se requiere un mínimo de 12 meses a la fecha de las presentes bases. Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses a la fecha de las presentes bases para postular.

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 o Ministro de Fe.

ANEXO 1.4

DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)				
Servicio de Salud				
Nombre Subdirector Gestión de las Personas o Jefe de Personal				
Comuna de Desempeño				
Nombre del Establecimiento				
Nombre del Postulante				
Cédula 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
	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 Término	N° total de días	
registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	No		SI (llenar recuadro siguiente)	
Fecha que se instruyó de investigación o sumario	Medida disciplinaria			
Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de Gestión de las Personas o Jefe de Personal				

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgencia, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública, Neurología y Oftalmología. Se requiere un mínimo de 12 meses a la fecha de las presentes bases. Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses a la fecha de las presentes bases 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 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 o Ministro de Fe.

ANEXO 1.4.1

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN APS

ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9

El Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud.....
.....
Dr(a).....
..... certifica que el Dr.
(a)..... se ha desempeñado en la Atención Primaria

Fecha inicio...../...../.....
Fecha de término...../...../.....
Nº meses.....

Fecha:.....

Firma del Subdirector Médico del SS

Timbre

Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios 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.

ANEXO 2:
RESUMEN ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA

NOMBRE: _____

RUT: _____

ACTIVIDAD LABORAL	HORAS	ESTABLECIMIENTO	INICIO (dd/mm/aa)	TERMINO (dd/mm/aa)
ATENCIÓN DE URGENCIA NO HOSPITALARIA (SAPU – SAPUR – SAR – SUR)				
EXTENSIÓN HORARIA				
URGENCIA HOSPITALARIA				
CAMAS CRÍTICAS (UCI – UTI)				

Nota: se deben llenar tantos anexos 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 2.1
ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA
DESEMPEÑO EN SAPU – 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

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: _____

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 emitida por la Universidad en la cual estudió, (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 5:
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA

NOMBRE DEL POSTULANTE: _____

CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

NOTA: Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto.
Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

NOMBRE DEL CURSO	NOTA	Nº HRS.	PUNTAJE (Uso exclusivo de la Comisión)

- NOTA:
- 1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.
 - 2. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.

ANEXO 6.1:
CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

NOTA: Ordenar los trabajos en orden a los certificados adjuntos.

N°	NOMBRE DEL TRABAJO

ANEXO 6.2 DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES		
Universidad o Instituto		
Nombre de la Autoridad Académica		
Cargo		
Nombre del Postulante		
Fecha Inicio Docencia	Fecha 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: FORMULARIO DE AYUDANTE ALUMNO

NOMBRE: _____
RUT: _____

Año Académico Cursado	Fecha inicio dd/mm/aa	Fecha término dd/mm/aa

Director Escuela de Medicina
(Nombre, Firma y Timbre)

Director Escuela de Pregrado
(Nombre, Firma y Timbre)

Secretario de Estudios
(Nombre, Firma y Timbre)

(Cumple el requisito con la firma de al menos una de las tres autoridades universitarias)

USO COMISIÓN
TOTAL MESES: _____
PUNTAJE OBTENIDO: _____

ANEXO 8.1: TRABAJOS PUBLICADOS EN REVISTA CON COMITÉ EDITORIAL

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS– RUBRO 3

Nombre: _____

ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)

TITULO:

AUTOR:

NOMBRE DE REVISTA:

FECHA DE PUBLICACIÓN O

FECHA DE ACEPTACIÓN :

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

ii)

TITULO:

AUTOR:

NOMBRE DE REVISTA:

FECHA DE PUBLICACIÓN O

FECHA DE ACEPTACIÓN :

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

iii)

TITULO:

AUTOR:

NOMBRE DE REVISTA:

FECHA DE PUBLICACIÓN O

FECHA DE ACEPTACIÓN :

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

ANEXO 8.2: TRABAJOS PRESENTADOS EN CONGRESOS CIENTÍFICOS

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS – RUBRO 3

Nombre: _____

ANTECEDENTES POR TRABAJO

i)

TÍTULO:

AUTOR:

NOMBRE DEL CONGRESO:

FECHA DEL CONGRESO:

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

ii)

TÍTULO:

AUTOR:

NOMBRE DEL CONGRESO:

FECHA DEL CONGRESO:

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

iii)

TÍTULO:

AUTOR:

NOMBRE DEL CONGRESO:

FECHA DEL CONGRESO:

Uso Exclusivo Comisión
Puntaje Obtenido:

ANEXO 9.1: FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN ABIERTA

NOMBRE	
SERVICIO DE SALUD	
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	

Año Académico Cursado	Fecha inicio	Fecha término	Horas por año	Horario del Turno
4º				
5º				
6º				
7º				

Nota: Se debe adjuntar el o los certificados de las Prácticas de Atención Abierta efectuadas teniendo el 4to año rendido, emitido por el Profesional (médico, matrona, enfermero(a) u otro profesional) que supervisó directamente la práctica. El certificado debe contar con la firma del supervisor y visado por el Director del Establecimiento donde se realizó la práctica

ANEXO 9.2: FORMULARIO HORAS DE PRÁCTICA DE INTERNADO EN ATENCIÓN PRIMARIA	
NOMBRE	
UNIVERSIDAD	
SERVICIO DE SALUD	
ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	

NOMBRE DEL PROGRAMA DE INTERNADO	CANTIDAD DE HORAS	DÍAS	ESTABLECIMIENTO	AÑO ACADÉMICO CURSADO
TOTAL DE HORAS:				

NOMBRE	
CARGO (Indicar Director de Carrera o Secretario de Estudios)	
FIRMA	
TIMBRE	

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 9.3 FORMULARIO PRÁCTICA ATENCIÓN EN PERSONAS JURÍDICAS SIN FINES DE LUCRO

NOMBRE	
INSTITUCIÓN	

Año	Fecha inicio	Fecha término	Horas Realizadas

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 10:

FORMATO CARTA RECURSO DE REPOSICIÓN CON APELACIÓN

COMISIÓN DE REPOSICIÓN
PRESENTE

Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de:

Inadmisibilidad	Puntaje en Rubros	
Marcar con una X lo que corresponde		
SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD:		
PUNTAJE EN RUBROS:		
RUBRO Nº	Puntos otorgados	Puntos esperados
Argumentación:		
RUBRO Nº	Puntos otorgados	Puntos esperados
Argumentación:		

Firma, Nombre y RUT (del postulante)

- NOTA:
- ☒ Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
 - ☒ Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.

(Duplicar las veces que sea necesario)

ANEXO 11:
FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN
CONCURSO LOCAL EXTRAORDINARIO SSMAULE 2022

CUPO Nº _____

APELLIDO PATERNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO MATERNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONO (Móvil o Fijo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMAIL _____

SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESPECIALIDAD TOMADA :

UNIVERSIDAD :

CENTRO FORMADOR :

DURACION :

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

FIRMA DEL POSTULANTE

FECHA _____

2° LLÁMESE a "Proceso de Selección para acceder a cupos en programas de especialización año 2022 para médicos cirujanos regidos por el artículo 9 de la ley Nº 19.664, por la ley Nº 19.378, por la ley Nº 15.076 o médicos cirujanos de última promoción" LOCAL EXTRAORDINARIO SSMAULE año 2022.

3° PUBLÍQUESE un extracto de esta resolución en un diario de circulación nacional, sin perjuicio de su difusión a través de los sitios web de cada uno de los Servicios de Salud del país y del Ministerio de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


NOLASCO PÉREZ PÉREZ
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD MAULE


Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN:

- Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales (digital)
- Sra. SEREMI de Salud Región del Maule (digital)
- Directores Servicios de Salud (29) (digital)
- Sres. Directores 13 Hospitales Región Maule (digital)
- Sr. Jefe de División, Análisis y Control de Gestión, Gobierno Regional del Maule (digital)
- Directores Depto. de Salud (30) Municipios de la Región del Maule (digital)
- Subdirección de Gestión Asistencial SSMAule (digital)
- Subdirección de Gestión de Recursos Físicos y Financieros SSMAule (digital).
- Subdirección de Gestión de las Personas SSMAule (digital)
- Decanos y Directores de Post grado de las Facultades de Medicina de Universidad de Talca, Católica del Maule y Autónoma de Chile, sede Talca (digital).
- Presidente Colegio Médico A.G. Consejo Regional Maule (digital)
- Depto. Asesoría Jurídica SSMAule (digital)
- Depto. Desarrollo de las Personas SSMAule (digital)
- Depto. Administración de Personal SSMAule (digital)
- Formación SSMAule (digital)
- Oficina de Partes
- c.c – Depto. de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, Subsecretaría Redes Asistenciales (digital)
- Sres. Integrantes Comisiones de Concurso (digital)