
Instructivo para postulantes Proceso de Postulación en Línea

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Programa:

TÍTULO DE PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA Y
TRAUMATOLOGÍA BUCAL Y MÁXILO FACIAL

Periodo de postulación:

INICIO 06 de septiembre 2024
TERMINO 04 de octubre 2024

Contacto:

MARILYN JARPA L. admision.egra@odontologia.uchile.cl
comiteacademicocirugiamaxilofacial@odontologia.uchile.cl

FORMATO DE PRESENTACIÓN ANTECEDENTES POSTULACIÓN POSTITULO DE CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILO FACIAL UNIVERSIDAD DE CHILE

1. INSTRUCCIONES GENERALES:

El presente formato de currículum comprende áreas principales: información personal, información académica, información profesional y autoevaluación las que, en conjunto, comprenden 10 capítulos.

- A continuación, se describe cada uno de estos capítulos y se dan instrucciones para desarrollarlos. Cada capítulo deberá ser presentado, en hoja(s) separada(s) con el nombre del capítulo o numeración correspondiente.

-
- Todos los antecedentes deben estar escritos sin faltas de ortografía, bien redactados y en orden cronológico inverso, es decir, comenzando por las actividades que se realizan más recientes a las más antiguas.
 - Usted debe cargar en la plataforma de postulación 2 documentos en formato PDF:
 - 1) el primer archivo debe llamarse: Nombre del postulante – Antecedentes.pdf. El cual debe contener la descripción de los antecedentes en el siguiente formato tamaño carta, letra Arial 11, márgenes de 2,5 cm por lado, interlineado de 1,15. Utilice su primer nombre y primer apellido solamente.
 - 2) el segundo archivo debe llamarse: Nombre del postulante – Anexos.pdf. Este archivo debe contener los certificados o documentos que respalden dichos antecedentes en el mismo orden de presentación. Los documentos o certificados deben ser escaneados y deben ser legibles. En formato vertical. Utilice su primer nombre y primer apellido solamente.
 - **LOS DOCUMENTOS Y ANTECEDENTES QUE NO CUMPLAN CON EL FORMATO O NO ESTÉN PRESENTADOS DE MANERA ADECUADA, NO SERÁN CONSIDERADOS EN LA POSTULACIÓN. NO AGREGUE DOCUMENTOS O ANTECEDENTES NO SOLICITADOS (ej. Cartas de recomendación), PORQUE SERA MOTIVO DE ELIMINACION DE LA POSTULACION**

Antecedentes Personales

Capítulo 1: Identificación

NOMBRE:

NUMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD: Adjuntar copia de carnet en el ítem *.Anexos.pdf

LUGAR y FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NACIONALIDAD:

TITULO PROFESIONAL (Adjuntar certificado de título profesional y/o certificado de la Superintendencia de Salud en el ítem *.Anexos.pdf):

UNIVERSIDAD DE TITULACIÓN:

AÑO EN QUE RECIBIO SU TITULO PROFESIONAL:

CERTIFICADO DE RANKING (Adjuntar el certificado en el ítem *.Anexos.pdf):

DIRECCIÓN DE CONTACTO:

FONO:

E-MAIL:

Capítulo 2: Estadía en centros de especialidad

A Nombre Hospital:

Fecha de inicio y Término:

Cantidad de horas semanales

Número total de horas del certificado

Capítulo 3: Cursos relativos a la especialidad.

3.1 DIPLOMADOS

A. Nombre Diplomado.

Universidad:

Fecha de inicio y Término:

Cantidad de horas o créditos:

3.2 CURSO DE URGENCIA (CURSO DE POSTA)

A. Lugar realización del curso:

Fecha de inicio y Término:

Cantidad de Horas:

3.3 OTROS CURSOS

A. Nombre del curso:

Institución que lo promueve:

Fecha de inicio y Término:

Cantidad de horas o créditos:

Capítulo 4: Cursos de postítulo y posgrado.

**Nombre del Programa de postítulo o posgrado Universidad
que lo imparte:**

Fecha de inicio y Término:

Capítulo 5: Trabajos presentados en eventos científicas de la especialidad.

5.1 TRABAJOS PRESENTADOS EN CALIDAD DE AUTOR DESPUES DE OBTENIDO EL TÍTULO:

A. Título del trabajo:

Nombre de la instancia científica:

Fecha:

Autores:

5.2 TRABAJOS PRESENTADOS EN CALIDAD DE COAUTOR DESPUES DE OBTENIDO EL TÍTULO:

A. Título del trabajo:

Nombre de la instancia científica:

Fecha:

Autores:

5.3 TRABAJOS PRESENTADOS EN CALIDAD DE AUTOR DURANTE EL PREGRADO:

A. Título del trabajo:

Nombre de la instancia científica:

Fecha:

Autores:

5.4 TRABAJOS PRESENTADOS EN CALIDAD DE COAUTOR DURANTE EL PREGRADO:

A. Título del trabajo:

Nombre de la instancia científica:

Fecha:

Autores:

Capítulo 6: Publicaciones relativas a la especialidad (En los anexos, adjuntar la primera página del artículo, con su nombre destacado):

6.1 PUBLICACIONES CIENTÍFICAS EN CALIDAD DE AUTOR O COAUTOR:

Título del trabajo:

Revista:

Autores:

Referencia (formato Vancouver):

Indexación: WoS (Ex ISI), Scopus o Scielo

Capítulo 7: Docencia

7.1 DESPUES DE OBTENIDO EL TÍTULO:

Nombre Universidad:

Curso:

Periodo de desempeño docente:

Cantidad de horas semanales:

7.2 AYUDANTE ALUMNO DURANTE EL PREGRADO:

Nombre Universidad:

Curso:

Periodo de desempeño docente:

Cantidad de horas semanales:

Capítulo 8: Idiomas

Nombre Examen:

Institución que lo imparte:

Fecha:

Calificación:

Capítulo 9: Respaldo Institucional. (En anexos debe adjuntar documento que lo oficialice)

**Nombre de la Institución Tipo
de respaldo:**

Capítulo 10: Carta de intención.

Escriba una CARTA MANUSCRITA dirigida al comité de la mención manifestando su interés en postular a nuestro postítulo de especialización. Incluya el interés por la Universidad de Chile además del interés por ser especialista en Cirugía Maxilofacial. La carta no debe superar una plana tamaño carta. **Esta carta se incluye dentro del documento ANTECEDENTES.**

No olvide que el archivo Nombre del postulante – Anexos.pdf debe llevar toda la información en el mismo orden que el Antecedentes

- Haber pagado el derecho de postulación
(ver instrucciones de costos y formas de depósito al final de este documento).

2. Consideraciones para ingresar a la Plataforma de Postulación en Línea

- Se recomienda tener disponible toda la documentación exigida en este instructivo, antes de ingresar a la Plataforma de Postulación en Línea.

-
- La Plataforma de Postulación en Línea otorga un tiempo máximo de inactividad de 30 minutos (idle time), por lo que, si no realiza movimientos durante este lapso, la sesión se cerrará y deberá ingresar nuevamente. Es posible que algunos datos y/o documentos no queden guardados en la plataforma.
 - Se advierte que el sistema permite enviar postulaciones incompletas, por lo que se recomienda revisar en detalle que su postulación cumpla con todos los requisitos exigidos. El envío de la postulación incompleta, podría significar ser rechazado del programa al cual no podrá postular nuevamente para el período seleccionado.
 - Tome en cuenta que podrá guardar información, avanzar y retroceder por el sitio, siempre y cuando no haya pinchado el botón “Enviar”.

En caso de tener consultas por favor contactarse con Marilyn Jarpa al e-mail admision.egra@odontologia.uchile.cl

1. Pasos a seguir para la postulación en línea

1. Ingrese al siguiente enlace <https://postulacionpostgrado.uchile.cl/> y Lea cuidadosamente la información que aparece en el mensaje, recuerde que cuenta con un máximo de 30 minutos de tiempo de espera por inactividad. Luego seleccione el botón “Postular”.



2. Seleccione en el campo "Organismo" la Facultad de Odontología y en el campo "Nombre programa" el programa y el periodo al que desea postular.
3. Ingrese su RUT sin puntos ni guion y presione el botón "Buscar". Luego de presionar el botón aparecerá el Formulario de Postulación.

4. Si es primera vez que postula a esta versión del programa, deberá completar los siguientes campos obligatorios:
 - Nombre
 - Apellido paterno y materno
 - Fecha de nacimiento
 - País

- Género
- Estado civil
- Correo electrónico
- Código área y Número de teléfono
- Código y Número de teléfono móvil
- Dirección particular. Para activar el campo debe seleccionar “¿Desea agregar una dirección particular?”.

Si ya inicio una postulación para dicho programa y periodo y cerró la sesión, podrá recuperar lo avanzado ingresando su RUT o número de identificación.

(*) Datos obligatorios. Estimado usuario: No se ha encontrado una solicitud asociada a este programa, por favor ingrese sus datos.

Antecedentes personales

Nombres (*): <input type="text"/>	Apellido paterno (*): <input type="text"/>
Apellido materno: <input type="text"/>	Fecha de nacimiento (Ej: dd/mm/yyyy): <input type="text"/>
País: Selección	Nacionalidad: <input type="text"/>
Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Estado civil: Selección
Correo electrónico (*): <input type="text"/>	Número de teléfono (*): <input type="text"/> - <input type="text"/>
Número de teléfono móvil (*): <input type="text"/> - <input type="text"/>	

Dirección particular

¿Desea agregar una dirección particular?

Nombre de calle (*): <input type="text"/>	N° (*): <input type="text"/>
Departamento: <input type="text"/>	Block: <input type="text"/>
Villa: <input type="text"/>	País (*): Selección
Región (*): Selección	Ciudad (De no aparecer su ciudad, favor seleccione la más cercana) (*): Selección
Comuna (*): Selección	Código postal: <input type="text"/>

-
5. En la sección Documentos adjuntos debe cargar solo un archivo por campo, con un peso máximo de 20 Mb. Para esto presione el botón “Examinar”, luego seleccione desde su computador el archivo que desea adjuntar. Una vez seleccionado, presione el botón “Adjuntar”.

Campos a completar con los documentos indicados a continuación:

A) Fotocopia de la cédula de identidad o pasaporte: **Adjunte su documento de identidad**

B) CAMPO DONDE DICE:

Carta declaración (Este documento debe ser firmado y adjunto) **En este campo debe agregar SOLO el documento Antecedente según el formato indicado anteriormente (Nombre del postulante – Antecedentes. Pdf).**

C) CAMPO DONDE DICE:

Fotocopia pago derecho a postulación (Escribir en forma nítida en el comprobante de depósito: Nombre del postulante y programa al que postula):

Adjunte su Boleta o respaldo del pago de derechos en formato pdf.

D) Carta compromiso de adquisición de seguro de salud: **En este campo debe agregar SOLO el documento Anexo según el formato indicado anteriormente (Nombre del postulante – Anexos.pdf).**

Documentos adjuntos (Tamaño máximo por archivo: 20MB)

Fotocopia de la cédula de identidad o pasaporte

Examinar

Adjuntar

Carta declaración (Este documento debe ser firmado y adjunto)

Examinar

Adjuntar

Fotocopia pago derecho a postulación (Escribir en forma nítida en el comprobante de depósito: Nombre del postulante y programa al que postula)

Examinar

Adjuntar

Carta compromiso de adquisición de seguro de salud

Examinar

Adjuntar

Recuerde que si no presiona el botón “Adjuntar”, el sistema no guardará el archivo adjunto.

Al terminar presione el botón “Guardar” para grabar el avance, o “Siguiente” si desea seguir llenando el formulario.

- La página siguiente, contiene los antecedentes académicos. En la primera sección agregue la información solicitada relativa a sus antecedentes académicos, solo llene los que tiene asterisco * (País, Institución, Tipo de programa, fecha de titulación) el resto déjelo sin llenar y luego presione el botón “Agregar”. Al realizar esta acción se desplegará una tabla en la parte inferior de la sección que contendrá la información que haya ingresado. Si se equivoca en ingresar los datos, podrá eliminar la fila presionando el botón “X” que se encuentra en la columna “Eliminar”.

1
2
3
4
5

Antecedentes personales
Antecedentes académicos
Antecedentes profesionales
Otros antecedentes
Ayudas financieras

Antecedentes académicos

Pais en el que realizó sus estudios (*)

Seleccione

Institución (*)

Seleccione

Tipo de programa de estudio (*)

Seleccione

Situación actual

Seleccione

Área de estudio

Seleccione

Título o grado otorgado (*)

Fecha de graduación/titulación (*)

Tesis de grado o memoria de título:

Nombre tutor:

Correo electrónico tutor:

Institución tutor:

Cargo tutor:

Nota: Sólo presionando el botón "Agregar" se guardarán los datos ingresados.

Agregar

Pais	Institución	Tipo programa	Situación actual	Área de estudio	Título o grado otorgado	Fecha de graduación/titulación	Tesis de grado o memoria de título	Nombre tutor	Correo tutor	Institución tutor	Cargo tutor	Eliminar
												X

Mostrando de 1 a 1 de 1 entradas

7. En la sección Documentos académicos a adjuntar, no realice ninguna acción, **no llene ni suba nada**

Documentos académicos a adjuntar (Tamaño máximo por archivo: 20MB)

Descargue las plantillas necesarias para su postulación, complete la información y adjunte posteriormente.

Postítulo, diplomados y cursos aprobados

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Becas otorgadas/premios recibidos

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Certificado de título o grado

Examinar Adjuntar

Certificado oficial de notas de sus estudios universitarios

Examinar Adjuntar

Certificado de ranking

Examinar Adjuntar

Otros

Examinar Adjuntar

8. En la sección Documentos académicos específicos a adjuntar, **no realice ninguna acción, no llene ni suba nada**

Documentos académicos específicos a adjuntar (Tamaño máximo por archivo: 20MB)

Descargue las plantillas necesarias para su postulación, complete la información y adjunte posteriormente.

Artículo, ensayos, comentarios críticos en revistas o catálogos impresos o electrónicos

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Libros, capítulos de libros y monografías

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Trabajos presentados en congresos o jornadas

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Trabajos presentados en sociedades científicas

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Principales actividades de extensión realizadas

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Actividades docentes realizadas

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Participación en sociedades científicas, profesionales y artísticas

Examinar Adjuntar Descargar plantilla

Otros

Examinar Adjuntar

Anterior Guardar Siguiente

Luego presione el botón “Siguiente” si desea grabar lo que ha agregado o siguiente para seguir avanzando.

9. En la página siguiente Antecedentes profesionales y Documentos profesionales, **no realice ninguna acción, no llene ni suba nada**

Antecedentes profesionales

Indique cargo actual o último desempeñado

Institución/empresa: País:

Ciudad (De no aparecer su ciudad, favor seleccione la más cercana): Tipo de cargo:

Nombre del cargo: Área de la empresa:

Descripción de responsabilidades:

Documentos profesionales a adjuntar (Tamaño máximo por archivo: 20MB)

Curriculum vitae:

Examinar Adjuntar

Anterior Guardar Siguiente

10. En la siguiente página, sección Otros antecedentes, debe contestar la pregunta que se indica seleccionando la alternativa.

Otros antecedentes

¿Cómo supo de la existencia del programa?

Aviso de prensa

Página web o mailing

Charla informativa

A través de un estudiante o graduado

Medios de comunicación

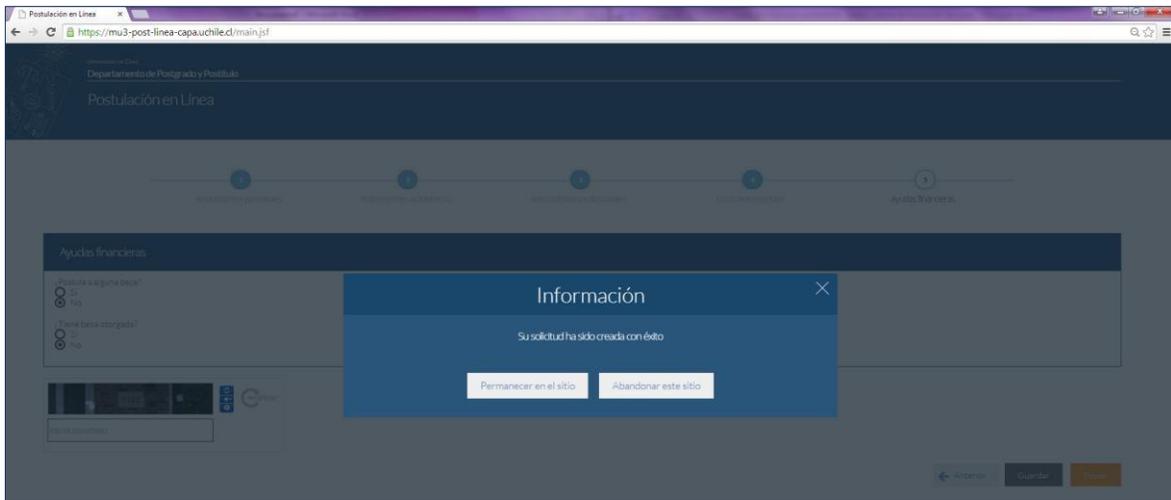
Folleto

Otro

Anterior Guardar Siguiente

1. En la sección Documentos a adjuntar, **no realice ninguna acción, no llene ni suba nada** 2.

3. Si ha ingresado toda la información solicitada, complete el campo “captcha” y presione “Enviar”. En caso que no esté seguro de enviar el formulario, presione “Guardar”



2. Consideraciones finales

- Una vez enviado su formulario de postulación, el sistema emitirá un correo electrónico que llegará al correo que haya registrado en el formulario confirmando que su solicitud fue recibida. Si solo guarda y no envía el formulario, tenga presente que no ha postulado al programa.
- Debe enviar el formulario dentro del plazo y horario establecido para el proceso.
- El estado de su postulación le será comunicado a través de correos electrónicos que la escuela de postgrado enviará en la medida que avance el proceso de selección.
- **Derecho a Postulación:**

Valor postulación

\$12.500 : postulantes chilenos o extranjeros con residencia en Chile

US\$25 : postulantes extranjeros o chilenos que residan fuera de Chile

Se debe transferir el valor de la postulación, de acuerdo a lo informado anteriormente, en la siguiente cuenta:

Universidad de Chile

Rut: 60.910.000-1

Cuenta Corriente N° 30-02398-6

Banco Santander Santiago, Sucursal Bellavista

Para agilizar el trámite de transferencia bancaria, el **código SWIFT es BSCHCLRM**, requerido por algunas entidades financieras a los **alumnos extranjeros**.

-
- Una vez realizado el depósito, debe enviar el comprobante al mail: luribe@odontologia.uchile.cl, indicando su nombre completo, cédula de identidad, dirección, número de teléfono y Programa al que postula.
 - La postulación se hace efectiva siempre y cuando pague el valor antes indicado.
 - Es importante señalar que si no queda seleccionado(a) en el Programa al cual postuló, no se devolverá el valor antes pagado.