**ANEXO B**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**“PEGADO FUERA DEL SOBRE”**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE MÉDICOS CIRUJANOS, PARA ACCEDER A CUPO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO INGRESO 2024”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | | |
| **Especialidad a la que Postula** |  | |
| **Establecimiento** |  | |
| **LEY DE CONTRATACION**  **(marque con una X la que corresponda)** | **Ley N°19.664** | **Ley N°15.076** | |
|  |  | |
| **Apellido Paterno** |  | |
| **Apellido Materno** |  | |
| **Nombres** |  | |
| **Cedula de Identidad** |  | |
| **Dirección Particular** |  | |
| **Comuna** |  | |
| **Región** |  | |
| **Universidad de titulación** |  | |
| **Año de titulación** |  | |
| **Teléfono** |  | |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Nacionalidad** |  | |

Timbre y Firma Oficina de Partes

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

**ANEXO C**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA ACCESO A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO 2024**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Especialidad a la que postula** |  | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** |  | **15.076** |  |
| **Jornada Laboral (indicar número de horas contrato(a) semanal)** |  | | | |

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

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO D**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

1. **Identificación**

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

1. **Detalle de documentación entregada**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **N° ORDEN** | **DOCUMENTACIÓN** | **N° DE HOJAS** |
| **ADMISIBILIDAD** | 1 | Anexo C |  |
| 2 | Anexo D |  |
| 3 | Anexo E |  |
| 4 | Cédula de Identidad |  |
| 5 | Certificado de Título o Título de Médico Cirujano extendido por la Universidad respectiva |  |
| 6 | Certificado de EUNACOM |  |
| 7 | Certificado de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud |  |
| 8 | **Anexo N°1:** Identificación de Contrato Actual y desempeño efectivo como Médico Cirujano |  |
| **RUBRO 1:** | 9 | **Anexo 1.1:** Desempeño en Urgencia y Camas Críticas como Médico Cirujano contratado en la Ley N°15.076 |  |
| 10 | Certificado de Relación de Servicio Actualizada y Hoja de Vida Funcionaria |  |
| 11 | **Anexo 1.2:** Desempeño en la red de los Servicios de Salud como Médico Cirujano contratado en la Ley N°19.664 |  |
| 12 | Certificado de Relación de Servicio Actualizada y Hoja de Vida Funcionaria |  |
| 13 | **Anexo N°1.3:** Desempeño en Atención Primaria de Salud Municipal como Médico Cirujano contratado en la Ley N°19.378 |  |
| 14 | Certificado de antigüedad de desempeño en Atención Primaria y PSGR |  |
| 15 | **Anexo N°1.4:** Resumen Desempeño Previo |  |
| 16 | **Anexo N°1.5:** Esquema de Antigüedad Funcionaria |  |
| **RUBRO 2:** | 17 | **Anexo 2.1:** Atención en Urgencia No Hospitalaria Desempeño como Médico Cirujano en SAPU, SAPUR, SAR, SUR |  |
| 18 | **Anexo 2.2:** Extensión Horaria |  |
| 19 | **Anexo 2.3:** Desempeño en Urgencia Hospitalaria |  |
| 20 | **Anexo 2.4:** Desempeño en Camas Críticas (UCI-UTI) |  |
| **RUBRO 3:** | 21 | **Anexo 3:** Funciones de Responsabilidad |  |
| **RUBRO 4:** | 22 | **Anexo N°4:** Certificado deCalificación Medica Nacional **(Requisito de Admisibilidad)** |  |
| **RUBRO 5:** | 23 | **Anexo N°5**: Actividades de Perfeccionamiento y Formación Médica Continua |  |
| **RUBRO 6:** | 24 | **Anexo N°6.1:** Cuadro Resumen Trabajos de Investigación |  |
| 25 | Certificado y/o verificador del Anexo Nº6.1 |  |
| 26 | **Anexo N°6.2**: Desempeño en Instituciones Docentes |  |
| 27 | Certificado y/o verificador del Anexo Nº6.2 |  |

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

NOMBRE Y FIRMA DEL POSTULANTE

**ANEXO E**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

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

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

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sancionado por Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No haber tomado una beca de especialización en un 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, y haberlo terminado anticipadamente por renuncia, por eliminación por rendimiento académico, por incumplimiento de las normas del centro formador o por falta de aptitudes requeridas para continuar con el programa de especialización.
* No contar con una especialidad autofinanciada o programa de formación conducente a la especialidad, o una especialidad financiada por el Ministerio de Salud o por los Servicios de Salud.
* No tener una especialidad reconocida por un Grupo Técnico Asesor de los Servicios de Salud, de aquellos a que se refiere el Artículo segundo transitorio N°3 del Decreto N°8, MINSAL 2013.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO Nº 1**

**IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO ACTUAL Y DESEMPEÑO EFECTIVO**

**COMO MÉDICO CIRUJANO**

El Hospital/Dirección de ..................................................................................................................**,** certifica que Don/ña ........................................................................................................................... RUT.................................................. **actualmente se encuentra contratado (a)** en las condiciones establecidas en:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ley (Marcar con una “X” la casilla correspondiente) | | Jornada (44-33-22-11 Hrs.) | Desde | Hasta |
| 19.664 |  |  |  |  |
| 15.076 |  |  |  |  |

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

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre y Cargo**  (Unidad de Personal/Subdirección de  Gestión y Desarrollo de las Personas) |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma y Timbre** |  |

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

En los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.

**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) |
| N° de horas contratadas: |  |
| Fecha emisión anexo: |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

**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 las veces que sea necesario)**

**ANEXO N° 1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de 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 | |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Termino | | | N° total de días | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | | | | | SI (llenar recuadro siguiente) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | | |

**Para las especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.04.2024 para postular.**

Nota: se debe 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 N° 1.3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL COMO MÉDICO CIRUJANO (LEY N° 19.378)** | | | | | | | | | |
| Municipio |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Antigüedad en el Establecimiento | 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 | |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Termino | | | N° total de días | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | | | | | SI (llenar recuadro siguiente) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | | |

**Para las especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.04.2024 para postular.**

Nota: se debe 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 N°1.4**

**RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **SERVICIO DE SALUD O MUNICIPIO** | **ESTABLECIMIENTO** | **INICIO**  **(dd/mm/aa)** | **TERMINO**  **(dd/mm/aa)** |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N°1.5**

**ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**

**Adjuntar tantos documentos de esquema como años de servicio que correspondan**

**ANEXO N°2.1**

**ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA**

**DESEMPEÑO EN SAPU – SAPUR - SAR - SUR**

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 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 N°2.2**

**EXTENSIÓN HORARIA**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 N°2.3**

**DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU**

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 N°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 N°3**

**FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 N° 3.1**

**ESQUEMA FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**
3. **En el cuadro Funciones de Responsabilidad, escriba el nombre de la Función correspondiente**

**ANEXO N°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 noes 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 N°5**

**ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA 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.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

**1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.**

**2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma de RRHH.**

**3. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.**

**ANEXO N°6.1**

**CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| N° | NOMBRE DEL TRABAJO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXO N°6.2**  **DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES** | | |
| Universidad o Instituto |  | |
| Nombre de la Autoridad Académica |  | |
| Cargo |  | |
| Nombre del Postulante |  | |
| Fecha Inicio  Docencia | Fecha Termino 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 N°7**

**FORMATO CARTA RECURSO DE REPOSICIÓN**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a ustedes para solicitar tengan a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuente para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.
* Para Apelar necesariamente debe Reponer

**(Duplicar las veces que sea necesario)**