**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO”**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION.

**“PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACION AÑO 2023, PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL SSVQ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño actual** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |
| **Universidad donde postulará** |  |
| **Fecha e inicio de la beca en 2023** |  |

**Nombre y Firma del Postulante**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2** |

DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| NOMBRE ESTABLECIMIENTO ORIGEN |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubros** | **Anexos** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| **Rubro 1:** Permanencia en establecimientos públicos de Salud | Anexo 4 |  |  |  |
| **Rubro 2:** Nota de Título de la Especialidad Primaria (Certificado) |  |  |  |  |
| **Rubro 3:** Trabajos de Investigación | Anexo 5 |  |  |  |
| **Rubro 4:** Cursos de Capacitación, perfeccionamiento o estadía | Anexo 6 |  |  |  |
| **Rubro 5:** Desempeño en Hospitales del SSVQ | Anexo 7 |  |  |  |
| **Rubro 6:** Desempeño en 1 o más instituciones docentes | Anexo 8 |  |  |  |
| **Rubro 7:** Anotaciones de mérito o demérito | Anexo 9 |  |  |  |

**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 Nº 3**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE SUB ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de Folio** |  |  |  |

(Uso de la Comisión)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | |
| **Dirección Institucional** |  | | | |
| **Correo electrónico institucional** |  | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **LEY 15.076** |  | **Ley 19.664** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**DECLARO CONOCER EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERMANENCIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PÚBLICOS DEL PAÍS** | | | | | | | | |
| Nombre del Servicio de Salud |  | | | | | | | |
| Nombre Subdirector de RR. HH/Director Corporación Municipal u otro |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.664 o 15076 o 19378 |  | | | | | | | |
| Fecha Termino Contrato Ley 19.664 o 15076 o 19378 |  | | | | | | | |
| 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 |
|  | |  | | |  | |  |
| Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Termino | | | N° total de días | |
|  | | |  | | |  | |
| 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 que certifica | | | | | | | | |

. **Nota:** se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO Nº 5**

**TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre Completo :**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ANTECEDENTES POR TRABAJO

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍITULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACION :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**ANEXO Nº 6**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO Nº 7**

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

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DEL SSVQ** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN | DESDE | HASTA | FUNCIÓN | PERIODO | | |
| AÑO | MESES | DÍAS |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

.

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como desempeño en hospitales tenga, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO Nº 8**

**Desempeño en Instituciones Docentes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Universidad** | |  | |
| **Nombre de la Autoridad Universitaria** | |  | |
| **Cargo** | |  | |
| **Nombre del postulante** | |  | |
| **Fecha Inicio Contrato formato dd/mm/aa** | **Fecha Término Contrato formato dd/mm/dd** | **N° Total horas**  **(desde 300 a 2400 horas)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Fecha, nombre, firma y timbre** | | | | |

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar de los respectivos respaldos en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO Nº 9**

**ANOTACIONES DE MÉRITO Y DE DEMÉRITO**

La Jefatura del Departamento de Recursos Humanos del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha registrado las siguientes anotaciones en su hoja de vida, en los últimos cinco años:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANOTACIONES** | **CANTIDAD** | **MOTIVO** |
| DE MÉRITO |  |  |
| DE DEMÉRITO |  |  |

Se adjunta Hoja de Vida Funcionaria con respaldo de esta información.

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura del Departamento de Recursos Humanos

SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 10**

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

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

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

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* No haber completado una beca de subespecialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No haber abandonado una beca de especialidad o subespecialidad, financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud, por renuncia fuera del plazo legal o desvinculación, a excepción de lo establecido en el artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud. Debe adjuntar Resolución que acredite la excepción emitida por la Subsecretaría o el Servicio de Salud respectivo.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO N°11**

Formato de carta de Reposición o Apelación en subsidio

**Sra.**

**ANDRA QUIERO GELMI**

**DIRECTORA SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA**

**PRESENTE**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION Y/O APELACION EN SUBSIDIO:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

**Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud, que ya deben haber sido presentados en el rubro correspondiente. **No se recibe documentación NUEVA en reposición**, a menso que la comisión de evaluación solicite algún documento aclaratorio.