**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO”**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION.

**“PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACION AÑO 2019, PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL SSVQ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |

Timbre y Firma

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Sub-departamento de Formación y Capacitación

Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

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

|  |
| --- |
| **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 |  |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

**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 | | | | | | | | |

.

ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.

**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 5**

**Rubro 3**

**TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre Completo :**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

**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 HOSPITALES DE LOS SS DE LA V REGION** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 N°8:** Desempeño en Instituciones Docentes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Universidad** | |  | |
| **Nombre de la Autoridad Universitaria** | |  | |
| **Cargo** | |  | |
| **Nombre del postulante** | |  | |
| **Fecha Inicio Contrato** | **Fecha Término Contrato** | **Horas** | **PUNTAJE (uso de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **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 N° 9**

Formato de carta de Apelación

**Sra.**

**SOLENEN NAUDON DIAZ**

**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 APELACION:** | | | | | |
| 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.