**ANEXO N° 1**

 **“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN INGRSO A ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF) SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA 2018 2018”**

**POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Dirección** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de egreso** |  |
| **Fecha de titulo** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nacionalidad** |  |

**ESTABLECIMIENTO AL QUE POSTULA:**

1° PRIORIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2° PRIORIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3° PRIORIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECEPCION DE ANTECEDENTES**

**FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN**

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

**FIRMA POSTULANTE**

Fecha:

**ANEXO N° 2**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUN,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_región, vengo a declarar bajo juramento que**:**

* Los hechos y antecedentes presentados son verídicos y no me encuentro afecto a ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibiulidad para asmir un cargo de la Administración Pública, según lo indican las bases de este concurso.
* Cumplo a cabalidad con los requisitos de ingresos, señalados en las presents bases del concurso
* He tomado conocimiento de las bases que rigen el proceso de selección para médico en Etapa de Destinación y Formación Art. 8° de la ley 19.664, las cuales acepto en su totalidad.

**FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 3****DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**  |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Postulante** |  |
| **RUT** |  |
| **Servicio de Salud** |  |
| **Plaza actual de Destinación** |  |
| **Plaza y SS al cual postula** |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USO POSTULANTE** |  | **USO COMISIÓN** |  |
| **N° DOCUMENTOS PRESENTADOS** | **RUBROS** | **Puntajes Máximos** | **Puntaje Comisión** |
|  | 1. **Calificación Médica Nacional**
 | **20** |  |
|  | 1. **Funciones Asistenciales**
 | **30** |  |
|  | 1. **Perfeccionamiento y capacitación**
 | **20** |  |
|  | 1. **Adecuación psicolaboral**
 | **30** |  |

**Observaciones:**

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

.......................................................................................

**FIRMA POSTULANTE**

**Fecha:**

**ANEXO N° 4**

**FORMULARIO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN**

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

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En este rubro se considerarán todas las actividades de capacitación evaluadas realizadas por el postulante. Debe ser completado por el postulante con letra legible, adjuntando copias o fotocopias de certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad legalizados ante notario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN QUE LO IMPARTIÓ | N° DE HORAS/DÍAS | NOTA OBTENIDA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 Firma del Postulante

**ANEXO Nº5**

**CRONOGRAMA DEL CONCURSO LOCAL PLAZAS EDF SSVQ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapas de Concurso** |  |
| **Publicación Concurso en Diario de Circulación Nacional -página web SSVQ** | **Domingo 4 MARZO de 2018** |
| **Recepción de Antecedentes** | **Lunes 5 al miércoles 14 de Marzo de 2018** |
| **Cierre de Recepción de Antecedentes** | **Miércoles 14 de Marzo de 2018 a las 12:00 horas** |
| **Comisión de Evaluación Antecedentes**  | **Miércoles 14 de Marzo de 2018** |
| **Llamado a Entrevistas**  | **Jueves 16 y Viernes 17 de Marzo de 2018** |
| **Publicación Puntajes provisorios** | **Martes 20 MARZO 2018** |
| **Recepción de Reposiciones** | **21 al 23 de MARZO 2018** |
| **Cierre de Recepción de Reposiciones** | **Viernes 23 de Marzo de 2018 a las 15:00 horas** |
| **Comisión de Reposiciones** | **26 de MARZO 2018** |
| **Publicación Puntajes Definitivos** | **26 de MARZO 2018** |
| **Oferta de plazas**  | **26 de MARZO 2018** |
| **Asume funciones en establecimiento de destino** | **02 de ABRIL 2018** |

**ANEXO Nº 6**

**PLAZAS DISPONIBLES SERVICIO DE SALUD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE PLAZA** | **N° de Plazas disponibles**  | **NIVEL DE DIFICULTAD** |
| **CESFAM Miraflores** | **1** | **E** |
| **Hospital San Agustín de La Ligua** | **1** | **D** |
| **CESFAM Puchuncaví** | **1** | **D** |

**DESCRIPCION DE PLAZAS DISPONIBLES**

**DESCRPCIÓN DE FUNCIONES DE PLAZAS EDF SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento** | **CENTRO DE SALUD MIRAFLORES** |
| **COMUNA** | **VIÑA DEL MAR** | **NIVEL DE DIFICULTAD** | **E** |
| * Realizar atención de salud ambulatoria de medicina general.
* Realizar atenciones de salud de morbilidad.
* Realizar controles de pacientes en programas de salud del establecimiento (cardiovascular, infantil, de la mujer, paliativo, etc.)
* Efectuar visitas domiciliarias en base a la programación del establecimiento asistencial
* Organizar y ejecutar actividades de educación en salud a usuarios del establecimiento asistencial, previa coordinación con dirección del hospital.
* Llevar a cabo el registro de las actividades asistenciales realizadas, según el formato del centro asistencial respectivo y la normativa ministerial en SIGGES, REM, etc.
* Participar activamente en reuniones de planificación comunal en salud.
* Implementar actividades de educación continua y capacitación a los funcionarios del establecimiento.
* Realizar funciones de responsabilidad clínicas y/o administrativas tales como jefe de programa, entre otros.
* Realizar rondas rurales en comunas que requieran de esta actividad.
* Extensión horaria (de común acuerdo con el Municipio o Servicio de Salud según dependencia del establecimiento).
* Elaborar informes que aporten a la información clínica-asistencial y epidemiológica de su centro asistencial.
* Implementar un proceso de evaluación y seguimiento de las metas asociadas a índices de actividad de atención primaria en salud (IAAPS) y de las metas sanitarias de la ley 19.664 del año en curso en conjunto con el equipo del centro de salud asistencial respectivo.
* Capacitarse en áreas del interés del Servicio de salud y de su CESFAM
* Realizar turnos nocturnos en SAPU u hospitales de la red, según planificación y necesidad
* Trabajo de salud familiar según desarrollo del establecimiento.
 |

|  |
| --- |
|  |
| **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA** |
| **ESTABLECIMIENTO** | HOSPITAL SAN AGUSTIN (LA LIGUA) |
| **COMUNA** | LA LIGUA | **NIVEL DE DIFICULTAD** | D |
| * Realización de turnos en el servicio de urgencia y lo que requiera el establecimiento.
* Realizar atención de salud ambulatoria de medicina general.
* Realizar atenciones de salud de morbilidad.
* Realizar controles de pacientes con patologías crónicas que pertenezcan a algún programa de salud del establecimiento.
* Organizar y ejecutar actividades de educación en salud a los usuarios del establecimiento asistencial, previa coordinación con dirección del hospital.
* Llevar a cabo el registro de las actividades asistenciales realizadas, según el formato del centro asistencial respectivo y la normativa ministerial en SIGGES, REM, etc.
* Participar activamente en reuniones de planificación comunal en salud.
* Implementar actividades de educación continua y capacitación a los funcionarios del establecimiento.
* Realizar funciones de responsabilidad clínicas y/o administrativas tales como jefe de programa, entre otros.
* Realizar rondas rurales en comunas que requieran de esta actividad.
* Extensión horaria (de común acuerdo con el Municipio o Servicio de Salud según dependencia del establecimiento).
* Actuar como docencia a los distintos alumnos que realizan las prácticas autorizadas en el establecimiento, previa coordinación con dirección del hospital.
* Elaborar informes que aporten a la información clínica-asistencial y epidemiológica de su centro asistencial.
* Implementar un proceso de evaluación y seguimiento de las metas asociadas a índices de actividad de atención primaria de salud (IAAPS) y de las metas sanitarias de la Ley 19.664 del año en curso en conjunto con el equipo del centro de salud asistencial respectivo.
* Realizar actividades que solicite el gestor de red de acuerdo a las necesidades del Servicio de Salud.
 |

|  |
| --- |
|  |
| **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA** |
| **ESTABLECIMIENTO** | CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUCHUNCAVI |
| **COMUNA** | PUCHUNCAVI | **NIVEL DE DIFICULTAD** | D |
| * Realizar atención de salud ambulatoria de medicina general.
* Realizar atenciones de salud de morbilidad.
* Realizar controles de pacientes con patologías crónicas que pertenezcan a algún programa de salud del establecimiento.
* Efectuar visitas domiciliarias en base a la programación del establecimiento asistencial.
* Organizar y ejecutar actividades de educación en salud a los usuarios del establecimiento asistencial.
* Llevar a cabo el registro de las actividades asistenciales realizadas, según el formato del centro asistencial respectivo y la normativa ministerial en SIGGES, REM, etc.
* Participar activamente en reuniones de planificación comunal en salud.
* Implementar actividades de educación continua y capacitación a los funcionarios del establecimiento.
* Realizar funciones de responsabilidad clínicas y/o administrativas tales como jefe de programa, entre otros.
* Realizar rondas rurales en comunas que requieran de esta actividad.
* Extensión horaria (de común acuerdo con el Municipio o Servicio de Salud según dependencia del establecimiento).
* Elaborar informes que aporten a la información clínica-asistencial y epidemiológica de su centro asistencial.
* Implementar un proceso de evaluación y seguimiento de las metas asociadas a índices de actividad de atención primaria de salud (IAAPS) y de las metas sanitarias de la Ley 19.664 del año en curso en conjunto con el equipo del centro de salud asistencial respectivo.
* Capacitarse en áreas de interés del Hospital y del Servicio.
* Realizar actividades que  solicite el gestor de red de acuerdo a las necesidades del Servicio de Salud.
* Realizar turnos nocturnos en SAPU, SUR u hospitales de la red, según planificación y necesidad
* Docencia a los distintos alumnos que realizan las prácticas autorizadas en el establecimiento, previa coordinación con dirección del hospital.
 |

**ANEXO N° 7**

**Formato de Carta de Apelación**

 **DR.**

**JUAN JOSE MENDOZA**

**DIRECTOR 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.