|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 2**  **“DOCUMENTACIÓN ENTREGADA AL PROCESO DE CONCURSO PLAZA EDF - SSVQ”** |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

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

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° DOCUMENTOS PRESENTADOS** | **RUBROS** |
|  | 1. **Calificación Médica Nacional** |
|  | 1. **Actividades vinculadas a cargo de Ayudante alumno** |
|  | 1. **Perfeccionamiento y capacitación** |
|  | 1. **Trabajos Científicos** |

**Observaciones:**

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

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

**NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE**

**Fecha:**

**ANEXO N° 3**

**“FORMULARIO DE POSTULACIÓN”**

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN INGRESO A ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF) SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA 2021”**

**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** |  |

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

**NOMBRE Y FIRMA POSTULANTE**

Fecha:

**ANEXO N° 4**

**“DOCUMENTOS PARA LA ADMISIBILIDAD”**

Debe acompañar a continuación la siguiente Documentación, requerida para la admisibilidad de su postulación al Concurso de Plaza EDF Servicio de Salud Viña Quillota año 2021.

* Los antecedentes que debe presentar :

a) Formulario de postulación en **Anexo Nº 3**.

b) Copia simple de la Cédula de Identidad a color y por ambos lados, ó certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde.

c) Certificado de Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM), emitido por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).

d) Copia Simple de Registro de inscripción de título profesional en la Superintendencia de Salud.

e) Declaración Jurada

**ANEXO N° 5**

**“DECLARACION JURADA”**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ declaro no haber

tomado una Plaza ó beca de especialidad en algún otro proceso de selección anterior realizado por ésta

Subsecretaria , ó por algún Servicio de Salud del país financiado por el Ministerio, así como tampoco haber

abandonado un Concurso organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ni tampoco en Servicios

de Salud años anteriores, ni tener actualmente contrato vigente.

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

**Firma del Postulante**

**(RUBRO 2)**

**ANEXO N° 6**

**“ACTIVIDADES VINCULADAS A CARGOS DE AYUDANTE ALUMNO”**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** |  |
| **INSTITUCIÓN:** |  |
| **DEPARTAMENTO:** |  |

**REGISTRO PRÁCTICAS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AÑO CURSADO** | **FECHA DE INICIO**  **(Señale día/mes/año)** | **FECHA DE TÉRMINO**  **(Señale día/mes/año)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**DIRECTOR ESCUELA DE MEDICINA DIRECTOR ESCUELA POSTGRADO**

(Nombre, Firma y Timbre) (Nombre, Firma y Timbre)

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

**SECRETARIO DE ESTUDIOS**

(Nombre, Firma y Timbre)

**NOTA:** Adjuntar los Certificados de respaldo ante lo referido en éste formulario, lo cual debe estar firmado y timbrado en original, por autoridad de la Facultad de Medicina que corresponda: Director de la Escuela, Director o Secretario de Pregrado, Secretario de Estudios.

**(RUBRO 3)**

**ANEXO N° 7**

**FORMULARIO ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y PERFECIONAMIENTO**

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

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

En este rubro se considerarán todas las actividades de capacitación evaluadas con Nota 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

Nombre y Firma del Postulante

**NOTA:** Acompañar a éste Formulario los Certificados de respaldo a la información contenida en éste formulario, en original o fotocopia legalizada (notarial) o ministro de fé. En caso de tratarse de documentos digitalizados, deben contar con código de verificación o link.

**(RUBRO 4)**

**ANEXO N° 8**

**“FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS”**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES POR TRABAJO:**

i)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ii)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iii)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iv)

TITULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONGRESO O REVISTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Fotocopiar esta página cuando sea necesario y adjuntar documentos de respaldo que acredite lo registrado en éste Formulario.**

**ANEXO Nº 9**

**PLAZA DISPONIBLE SERVICIO DE SALUD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE PLAZA** | **N° de Plazas disponibles** | **NIVEL DE DIFICULTAD** |
| **Hospital de Petorca** | **1** | **C** |

**DESCRIPCION DE LA PLAZA DISPONIBLE EN CUNATO A FUNCIONES DEL EDF**

**SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Establecimiento** | **HOSPITAL DE PETORCA** | | |
| **COMUNA** | **PETORCA** | **NIVEL DE DIFICULTAD** | **C** |
| * Realización de turnos en el servicio de urgencia y otros que requiera el establecimiento. * Realizar atención de salud ambulatoria de medicina general post alta, poli funcionarios, poli TACO, paliativos, cirugía menor y poli ITS. * 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). * Realizar labores de docencia y acompañamiento 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 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. * Atención cerrada de pacientes hospitalizados. * Atención en domicilio de acuerdo a programación * Capacitarse en áreas de interés de su servicio y de su hospital. | | | |

ANEXO N° 10

**FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE REPOSICIÓN - APELACIÓN**

**SRS. COMISIÓN DE REPOSICIÓN - APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarle tengan a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el (los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICIÓN** | | | | | |
| 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 solo rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición sea evaluable, se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. **Sólo se aceptarán documentos aclaratorios, no documentación nueva.**