**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2020 PARA MÉDICOS CIRUJANOS CON DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONTRATADOS BAJO LA LEY Nº 19.378, ART 9º LEY Nº 19.664 O LEY N° 15.076**

**ANEXO B**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**“PEGADO FUERA DEL SOBRE”**

Hotel Diego de Almagro – Lib. Bernardo O’Higgins 1485, Santiago Centro

(lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | | |
| **Servicio de Salud** |  | |
| **Municipio** |  | |
| **Establecimiento** |  | |
| **LEY DE CONTRATACION**  **(marque con una X la que corresponda)** | **19.378** | **Art. 9 - 19.664 15.076** |
| **Apellido Paterno** |  | |
| **Apellido Materno** |  | |
| **Nombres** |  | |
| **Cedula de Identidad** |  | |
| **Dirección Particular** |  | |
| **Comuna** |  | |
| **Región** |  | |
| **Universidad y año de titulación** |  | |
| **Teléfono** |  | |
| **Correo electrónico** |  | |
| **Nacionalidad** |  | |

Timbre Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso 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 del el Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua.

**ANEXO C**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO CONE 2020**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | | | |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  | | | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | | | |
| **Dirección Institucional** |  | | | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.378** |  | **19.664** |  | **15.076** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Se acoge a la rebaja de un año de desempeño previo, resoluciones N° 747 y 876 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, para postular a cupo de las especialidades : Medicina Familiar – Salud Pública – Medicina de Urgencia – Medicina Interna – Obstetricia y Ginecología – Pediatría – Psiquiatría Adulto o Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia. Debe indicar con una “X” su opción.** | |
| SI \_\_\_\_ | NO \_\_\_\_ |

**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 D**

**DETALLE DE LA DOCUMENTACION ENTREGADA**

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud o Municipalidad (empleador) |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |
| --- | --- |
| **Rubros** | **N° planas numeradas considerando los anexos** |
| **Rubro 1:** Antigüedad Laboral |  |
| **Rubro 2:** Actividad Laboral Complementaria |  |
| **Rubro 3:** Funciones de Responsabilidad |  |
| **Rubro 4:** Desempeño Zona Extrema |  |
| **Rubro 5:** Calificación Médica Nacional (CMN) o escala de evaluación para médico titulado en el extranjero (Certificado) |  |
| **Rubro 6:** Actividades de Formación Continua |  |
| **Rubro 7:** Investigación y Docencia |  |
| **Rubro 8:** Trabajo Comunitario y Posta Rural |  |
| **OTROS:** |  |

**ANEXO E**

**DECLARACION JURADA SIMPLE**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como, tampoco haber abandonado la formación o compromiso de devolución (PAO) por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en el Artículo 25° del Decreto Nº 507/1990 del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

Firma Postulante

**ANEXO F**

**EUNACOM**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009**

****

**PARA POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2007 HASTA EL 18.04.2009 NO ES OBLIGATORIO ESTE ITEM**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)**  **ANEXO N° 1.1** | |
| 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 1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN COMPIN, SERVICIO MEDICO LEGAL O SECRETARIA REGIONAL MINISTERIAL** | | | | | | | | |
| Entidad de desempeño (Empleador) |  | | | | | | | |
| Nombre de Jefatura directa |  | | | | | | | |
| Cargo de Jefatura directa |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Fecha Inicio (dd/mm/aa): |  | | | | | | | |
| Fecha Término (dd/mm/aa): |  | | | | | | | |
| Antigüedad de desempeño | Años: | | | Meses: | | | Días: | |
|  | | |  | | |  | |
| Desglose Antigüedad | | | | | | | | |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda). | 11 horas | | 22 horas | | 33 horas | 44 horas | | |
|  | |  | |  |  | | |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej.: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | | 22 horas | | 33 horas | 44 horas | | |
|  | |  | |  |  | | |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | | | | |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | | | Fecha Término | | | N° total de días | |
|  | | |  | | |  | |
| Medidas disciplinarias | | | | | | | | |
| Registra. 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 Jefe Directo | | | | | | | | |

**Nota:** **se deben 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.**

**ANEXO 1.3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN MUNICIPIO (LEY N° 19.378)** | | | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de |  | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | |
| Antigüedad en la APS | 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 |
| 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 Director de Salud Comunal | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgencia, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2019. Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.2019 para postular.

Nota: se deben 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 1.4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | |
| Nombre Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal |  | | | | | | | |
| Comuna de Desempeño |  | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Cédula 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 |
| 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 Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgencia, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2019. Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.2019 para postular.

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

Nota: se deben 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 1.4.1**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN APS**

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9***

El Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud……………….. ……………………………………………….…….… Dr(a)…………………………………………………………………………..…… ...............................................................................................................certifica que el Dr. (a)................................................................... se ha desempeñado en la Atención Primaria

Fecha inicio……….../.........../………....

Fecha de término…………../……….../………....

Nº meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del Subdirector Médico del SS Timbre

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. 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, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

**ANEXO 1.5**

**RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **HORAS** | **ESTABLECIMIENTO** | **ESTABLECIMIENTO** |
| **19.378** | 11 |  |  |
| 22 |  |  |
| 33 |  |  |
| 44 |  |  |
| **19.664** | 11 |  |  |
| 22 |  |  |
| 33 |  |  |
| 44 |  |  |
| **15.076** | 28 |  |  |

**ANEXO 1.6**

**ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**



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

**ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA**

**ANEXO 2.1**

**ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA**

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

Servicio de Salud o Municipalidad

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 o Municipalidad

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)**

**ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA**

**ANEXO 2.2**

**EXTENSIÓN HORARIA**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_

Establecimiento (Centro de Salud) \_\_\_\_\_\_

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 o Municipalidad

Establecimiento (Centro de Salud) \_\_\_\_\_\_

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)**

**ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA**

**ANEXO 2.3**

**DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA**

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)**

**ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA**

**ANEXO 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 3**

**FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 o Municipalidad

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 3.1**

**ESQUEMA FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD (RUBRO 3)**



**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 4**

**TRABAJO EN ZONA EXTREMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ZONA EXTREMA**  **DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL O DE SERVICIO DE SALUD**  Regiones Tarapacá - Antofagasta - Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo - Magallanes y Antártica Chilena - Arica y Parinacota. Así como las Provincias de Palena, Chiloé e Isla de Pascua, la comuna de Juan Fernández y Cochamó. (Referencia Art. 29 Ley N° 20.717) | |
| Ilustre Municipalidad de / Servicio de Salud |  |
| Nombre |  |
| Cargo (Director de Salud Comunal/ Director de Salud o Subdirector de RR HH o Jefe de Personal |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 30.09.2019) |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal / Director de Salud o Subdirector de Recursos Humanos o Jefe de Personal | |

**ANEXO 5**

**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 6**

**ACTIVIDADES DE FORMACIÓN 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.** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo**  **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**NOTA:**

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

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

**INVESTIGACION Y DOCENCIA (RUBRO 7)**

**ANEXO 7.1**

**CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**INVESTIGACION Y DOCENCIA (RUBRO 7)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO 7.2**  **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 | PUNTAJE  (Uso de la Comisión) |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 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 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 8.1**

**PROYECTOS (RUBRO 8)**

NOMBRE DEL POSTULANTE

NOTA: Ordenar los proyectos de acuerdo al orden en carpeta. Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PROYECTO | PUNTAJE  (Uso exclusivo Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ANEXO 8.2**

**TRABAJO NO REMUNERADO CON GRUPOS ORGANIZADOS DE LA COMUNIDAD (RUBRO 8)**

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN**

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*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 la organización donde presentó servicios comunitarios no remunerados). 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)

**ANEXO 8.3**

**TRABAJO EN POSTA RURAL (RUBRO 8)**

**SERVICIO DE SALUD / MUNICIPALIDAD**  \_\_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE** \_

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

**NOMBRE DE LA POSTA**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA POSTA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA POSTA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*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 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)

**ANEXO 8.3.1**

**ESQUEMA DE TRABAJO EN POSTA RURAL (RUBRO 8)**



**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de la (s) Postas realizadas en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos en que realizó las Postas que acrediten con certificado**
3. **En el periodo destacado, escriba la Posta realizada**

**ANEXO 9**

**FORMATO CARTA DE REPOSICIÓN**

**SRES.**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de:

Admisibilidad de mi postulación y/o el puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION:** | | | | | |
| **Argumentación Inadmisibilidad:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 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 Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.

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

**ANEXO 10**

**FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

**SR.**

**SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la revisión de:

Admisibilidad de postulación y/o el puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUD DE APELACION: | | | | | |
| Argumentación Inadmisibilidad: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| Argumentación: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |   Argumentación: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

\_\_\_\_\_

**Firma, Nombre 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. No se evaluarán documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya enviados en su postulación.

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

**ANEXO 11**

**FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACION**

**CONCURSO CONE AÑO 2020**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

**EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ESPECIALIDAD TOMADA :**

**UNIVERSIDAD :**

**CENTRO FORMADOR :**

**DURACION :**

**Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**