**7.- Anexos**

**ANEXO N° 1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **HITO** | **FECHA** |
| Publicación en la página Web del Servicio de Salud Aconcagua | 01/10/2020 |
| Recepción de Antecedentes | 01/10/2020 al 07/10/220  |
| Comisión de Evaluación | 08/10/2020 al 13/10/2020 |
| Puntajes definitivos | 13/10/2020 |
| Ofrecimiento del cupo |  13/10/2020 |
| Inicio Programa de estudios | Definido por casa de estudios |

**ANEXO N° 2:**

**CARATULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

“PROCESO DE SELECCIÓN A CUPOS EN PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA, AÑO 2020”

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

Timbre Oficina de Partes

Servicio de Salud

**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 Partes del Servicio de Salud respectivo.

**ANEXO N° 3**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**I.- IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL POSTULANTE |  |
| RUT |  |
| ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**OTROS DOCUMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS** | **SI** | **NO** |
| ANEXO N°4 |  |  |
| CERTIFICADO DE REGISTRO SUPERINTENDENCIA DE SALUD |  |  |
| FOTOCOPIA CI |  |  |
| DOCUMENTO HABILITACIÓN |  |  |
| CURRICULUM VITAE |  |  |
| OTROS (ESPECIFICAR) |  |  |

**DOCUMENTOS POR RUBRO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBROS** | **Anexos** | **N° Pág.** | **SI** | **NO** |
| **Rubro 1:** Permanencia en el Servicio de Salud. | Anexo N° 5 |  |  |  |
| **Rubro 2:** Certificado especialidad primaria con nota |  |  |  |  |
| **Rubro 3:** Cursos de Capacitación y perfeccionamiento | Anexo N° 6 |  |  |  |

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 4

**SOLICITUD DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPOS DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2020**

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

(Uso de la Comisión)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| Jornada semanal contratada |  |
| Etapa de contrato(marque con una X la alternativa)  | Etapa de Planta Superior |   | Art. 9° de la Etapa de Destinación y Formación Ley N° 19.664 |  |
| Profesional se encuentra en Periodo Asistencial Obligatorio(marque con una X la alternativa) | SI |  | NO |  |

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

El/la suscrito/a Director/a del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autoriza al/a Dr./a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a postular a cupos de subespecialización en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con inicio durante el año 2020, y en caso de obtener el cupo en este proceso, contratarlo/a en jornada de 22 a 44 horas, para realizar dicho programa formativo.

**NOMBRE Y FIRMA**

**DIRECTOR**

**HOSPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ANEXO Nº 5

**REGISTRO DE RELACIÓN CONTRACTUAL**

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

|  |
| --- |
| **REGISTRO DE RELACIÓN CONTRACTUAL**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | DESDE | HASTA | HORAS CONTRATADAS | TIEMPO SERVIDO |
| AÑOS | 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 visada por ministro de fe.

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 cuantas veces sea necesario.**

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