# ANEXO B: FORMATO CARTA DE APELACION

**SRA. SUSAN PORRAS FERNANDEZ**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

RUBRO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Apelación:**

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

RUBRO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Apelación:**

**\_**

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

En el evento de no acogerse la apelación, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

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

**Nombre, RUT y Firma**

(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 aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.

# ANEXO C: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACIÓN EN OTRO PROCESO DE SELECCIÓN.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por los Servicios de Salud.

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

Firma Postulante

**En caso de haber renunciado a un programa de especialización, no debe presentar este Anexo, sino la Resolución del Servicio de Salud que acepte la renuncia y autorice a participar de un nuevo proceso.**

# ANEXO D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD

# PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:** | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | |
| **SERVICIO DE SALUD** |  | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | **15.076** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**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 E: FORMULARIO DE ACEPTACION DE CUPO

**NOMBRES:**

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

**APELLIDOS:**

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

**CÉDULA DE IDENTIDAD: TELEFONO (MOVIL / FIJO)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD DE EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AÑO DE EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COMUNA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAMPO CLINICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)**

**SERVICIO DE SALUD DESTINO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DURACION PAO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD TIENE LA ATRIBUCION LEGAL PARA ORGANIZAR LA RED ASISTENCIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SANITARIAS, POR LO QUE PODRÍA CAMBIAR EL ESTABLECIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA RED.**

**DECLARO CONOCER LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL 2025, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° XXX DEL XX DE ABRIL DE 2025 Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**CIUDAD, XX DE XXXXX DE 2025**

# ANEXO F: FORMATO FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO (Móvil o Fijo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO ALTERNATIVO DE CONTACTO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE PAO :**

**ESTABLECIMIENTO :**

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

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

**FIRMA POSTULANTE**

**CIUDAD, XX DE XXXXX DE 2025**

# ANEXO 1.1: DESEMPEÑO EN URGENCIAS Y CAMAS CRÍTICAS (LEY N° 15.076)

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)** | |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento  (Nombre del Hospital) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) | Fecha Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) |
| N° de horas contratadas: |  |
| Nombre, fecha, timbre y Oficina RRHH y/o Personal del Establecimiento | |

**NOTA: se debe 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 Ministro de Fe del establecimiento.**

# ANEXO 1.2: DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | | | |
| Comuna de Desempeño |  | | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | | | |
| Cédula de 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 | |  | Otra |  |
| Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | | Fecha  Inicio | |
| F.  Término | | F.  Término | | F.  Término | | F.  Término | | | F.  Término | |
| ~~E~~l 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) | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal o encargado de personal del establecimiento. | | | | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar y Medicina Interna, se requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 para postular.**

**Nota: se debe 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 Ministro de Fe del establecimiento.**

# ANEXO 1.3: CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE APS.

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

***CON DESEMPEÑO EN HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD***

El/La Subdirector(a) Médico del Establecimiento de Mediana Complejidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Certifica que el/la Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizando las siguientes labores de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del Subdirector(a) Médico del

Establecimiento de Mediana Complejidad Timbre

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 establecimiento en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

Nota: Se debe 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 ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL LEY N° 19.378

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N° 19.378** | | | | | | | | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de 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 |  | Otra |  |
| Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | | | Fecha  Inicio | | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | |
| F.  Término | | F.  Término | | | | F.  Término | | | F.  Término | | F.  Término | |
| ~~Pr~~ofesional 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) | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o encargado de personal o entidad administradora de Salud Municipal | | | | | | | | | | | | | |

**Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_**

Para los cupos de formación en Medicina Familiar y Medicina Interna, requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025 **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 para postular.**

**Nota: Se debe 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 DE DESEMPEÑO PREVIO

# 

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **COMUNA** | **ESTABLECIMIENTO** | **FECHA DE INICIO**  **(dd/mm/aa)** | **FECHA DE TERMINO**  **(dd/mm/aa)** |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# ANEXO 1.6: ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 

# ANEXO 2.1: ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA. DESEMEPEÑO EN SAPU – UOP – 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 del establecimiento 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)**

# 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 del establecimiento 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)**

# ANEXO 2.3: DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU

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 del establecimiento). 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 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 del establecimiento). 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal del establecimiento

**NOTA:** El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante Ministro de Fe el establecimiento los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

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

# ANEXO 3.1: ESQUEMA DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ANEXO 4: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL

**LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:**

Profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

* **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional** (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 5: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA

**NOMBRE 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.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

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

**2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos del establecimiento que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma de RRHH.**

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

# ANEXO 6.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

**NOMBRE POSTULANTE: \_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL TRABAJO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# ANEXO 6.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad o Instituto |  | |
| Nombre de la Autoridad Académica |  | |
| Cargo |  | |
| Nombre del Postulante |  | |
| Fecha de inicio Docencia | Fecha de término Docencia | Cantidad de meses |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 con firma y timbre 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 ante Ministro de Fe del Centro Formador.

# ANEXO 7: DESEMPEÑO ACTUAL

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Establecimiento |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 31.03.2025) |  |
| Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas. | |