**ANEXO B**

**DECLARACION JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACION EN OTRO PROCESO DE SELECCIÓN**

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 o el Artículo 14° del Decreto Nº 91/2001, según corresponda, 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 C**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD**

**PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |  |
| Fecha emisión anexo: |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

**ANEXO N° 1.1**

**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 N° 1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | |
| 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 |  |
| Fecha Inicio | | Fecha Inicio | | | Fecha Inicio | | Fecha Inicio | |
| 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 | | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.04.2024. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.04.2024 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 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 N° 1.3**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

**CON LABORES DE APS**

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

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

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud…………………………….………………….. Dr(a)…………………………………………………………………………..……RUT............................................... Certifica que el/la Dr.(a).......................................................................................................se ha desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento …………………………

………………………………………………………………………………………………………..

Fecha inicio……….../.........../……….... Fecha de término…………../……….../………....

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

Firma del Subdirector(a) Médico(a) 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 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 N°1.4**

**RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

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

**ANEXO N°1.5**

**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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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**

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

**ANEXO N°2.1**

**ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA**

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

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 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 N°2.2**

**EXTENSIÓN HORARIA**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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)**

**ANEXO N°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). 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 N°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 N°3**

**FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 N° 3.1**

**ESQUEMA 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 N°4**

**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 N°5**

**ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA 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.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

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

**2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos 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 N°6.1**

**CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION**

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXO N°6.2**  **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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 (Notario o Ministro de Fe) | | |

**ANEXO N°7**

**DESEMPEÑO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Establecimiento |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 30.04.2024) |  |
| Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas. | |

**ANEXO N°8**

**FORMATO CARTA RECURSO DE REPOSICIÓN**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a ustedes para solicitar tengan a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados:

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

Marcar con una X lo que corresponde

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **PUNTAJE EN RUBROS:** | | | | | |
| 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 impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuente para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.
* Para Apelar necesariamente debe Reponer

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

**ANEXO N°9**

**FORMATO CARTA RECURSO DE APELACIÓN**

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

**PRESENTE**

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

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

Marcar con una X lo que corresponde

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **PUNTAJE EN RUBROS:** | | | | | |
| 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 impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuente 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 N°10**

**FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACION**

**PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA AÑO 2024**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO/MUNICIPALIDAD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

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

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

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

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

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

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

Firma Postulante

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o de San Felipe