**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO”**

**CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**.

**“PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS DE SUBESPECIALIDAD UNIVERSIDAD DE VALPARAISO Y FALP AÑO 2024, PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL SSVQ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2** |

**DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| NOMBRE ESTABLECIMIENTO ORIGEN |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubros** | **Anexos** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| **Rubro 1:** Permanencia en establecimientos públicos de Salud | Anexo 4 |  |  |  |
| **Rubro 2:** Nota de Título de la Especialidad Primaria (Certificado) |  |  |  |  |
| **Rubro 3:** Trabajos de Investigación | Anexo 5 |  |  |  |
| **Rubro 4:** Cursos de Capacitación, perfeccionamiento o estadía | Anexo 6 |  |  |  |
| **Rubro 5:** Desempeño en 1 o más instituciones docentes | Anexo 7 |  |  |  |

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 3**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE SUB ESPECIALIZACIÓN**

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

(Uso de la Comisión)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | |
| **Dirección Institucional** |  | | | |
| **Correo electrónico institucional** |  | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **LEY 15.076** |  | **Ley 19.664** |  |

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

**ANEXO Nº 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERMANENCIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PÚBLICOS DEL PAÍS** | | | | |
| Nombre del Servicio de Salud |  | | | |
| Nombre Subdirector de RR. HH del Hospital |  | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | |
| Cedula Identidad |  | | | |
| Fecha Inicio y término de contrato Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | |
| Fecha Inicio y término de contrato Ley 15076 (dd/mm/aa) |  | | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | Meses: | | Días: |
|  |  | |  |
| 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: Debe marcar con “x” si no presenta medidas disciplinarias y en caso de presentar, debe marcar con “x” y detallar en recuadro siguiente la fecha de la investigación sumaria o del sumario administrativo y la media disciplinaria que le fue cursada. | No | | SI (llenar recuadro siguiente) | |
|  | |  | |
| Fecha que se instruyó de investigación o sumario | Medida disciplinaria | | | |
|  |  | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del que certifica ( Jefe de Personal) | | | | |

**Nota:** Se debe acompaña este anexo con todos los certificados en original escaneados

**Si el anexo no se acompaña de certificados no se puntúa el rubro.**

**Si se presentan certificados sin anexo, no se puntúa el rubro.**

**ANEXO N°5**

**Rubro 3**

**TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre Completo :**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ANTECEDENTES POR TRABAJO

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍITULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACION :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**ANEXO Nº 6**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

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

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto. Los certificados de participación como asistente **sin evaluación no se deben presentar**. Sólo se consideran cursos evaluados.

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

**ANEXO N°7**

**Desempeño en Instituciones Docentes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Universidad** | |  | |
| **Nombre de la Autoridad Universitaria** | |  | |
| **Cargo** | |  | |
| **Nombre del postulante** | |  | |
| **Fecha Inicio Contrato** | **Fecha Término Contrato** | **Horas** | **PUNTAJE (uso de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Fecha, nombre, firma y timbre** | | | |

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar de los respectivos respaldos en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO N°8**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* No haber completado una beca de subespecialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No haber abandonado una beca de especialidad o subespecialidad, financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud, por renuncia fuera del plazo legal o desvinculación, a excepción de lo establecido en el artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud. Debe adjuntar Resolución que acredite la excepción emitida por la Subsecretaría o el Servicio de Salud respectivo.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO N° 9**

Formato de carta de Reposición - Apelación

**Sra.**

**ANDREA QUIERO GELMI**

**DIRECTORA SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

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

**Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.