**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etapas** | **Desde** | **Hasta** |
| Publicación de la convocatoria | 29/10/2024 | 19/11/2024 |
| Recepción de antecedentes | 29/10/2024 | 19/11/2024 a las 12:00 hrs. |
| Revisión de antecedentes | 20/11/2024 | 21/11/2024 |
| Entrevista Personal | 21/11/2024 | 21/11/2024 |
| Publicación de nómina de puntajes provisorios | 22/11/2024 | 22/11/2024 |
| Recepción de apelaciones | 22/11/2024 | 28/11/2024 |
| Revisión de apelaciones | 28/11/2024 | 28/11/2024 |
| Publicación de puntajes definitivos | 29/11/2024 | 29/11/2024 |
| Llamado a viva voz | 02/12/2024 | 02/12/2024 |
| Contratación y cierre de proceso | 03/11/2024 | 06-12-2024 |
| Asume Funciones a partir de | 06/12/2024 | |

**NOTA:**

**La postulación deberá efectuarse a través del correo** [**formacionssvq@gmail.com**](mailto:formacionssvq@gmail.com)

**ANEXO B: DECLARACION JURADA SIMPLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro conocer y no estar afecto a alguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los arts. 54° y 56°del texto vigente de la Ley N°18.575 y 85° de la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, ni a las demás previstas en la legislación vigente.

De igual manera declaro estar en conocimiento y cumplir con los requisitos de ingreso a la Administración Pública pertinentes, indicados en la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, art. 12° letras a), b), c), d), e) y f), y en el art. 2°, número 3, letras a) o b) o c), de la Ley N°19.240.

Asimismo, declaro tener salud compatible con el desempeño del cargo al que postulo, no haber cesado en un cargo público según el artículo 12°, letra e), de la Ley N°18.834, ni estar inhabilitado para ejercer funciones en cargos públicos, ni hallarme condenado por crimen o simple delito.

Además, declaro estar en conocimiento de las presentes bases y me hago responsable de la veracidad de la documentación presentada para esta postulación.

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

FIRMA

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO C: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL PÚBLICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud/ Institución (privada /pública)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas**  **Desde / Hasta**  **(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO D: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución (privada /pública)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas**  **Desde / Hasta**  **(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO E: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

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

1. **CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado que se adjunte.

**Duplicar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **N° HRS.**  **PEDAG.** | **N° HRS.**  **CRONO.**  **(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **FECHA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo**  **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO F: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA ESPECIALIDAD**

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

**NOTA: Duplicar esta página cuando sea necesario.**

Antecedentes por investigación:

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO G: CERTIFICADO EDF ART 8°LEY N°19.664**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Jefe de Personal del Servicio de Salud/Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que el profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ingresó a la Etapa de Destinación y Formación contratado por el artículo 8° el \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ y finalizó esta etapa el \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.

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

FIRMA Y TIMBRE

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota: Este anexo debe ser presentado solo por postulantes que hayan tenido la calidad de profesional funcionario Etapa Destinación y Formación (EDF) contratado por el artículo 8° de la Ley N°19.664.**

**ANEXO H: FORMATO CARTA DE REPOSICION Y APELACION EN SUBSIDIO**

**SRES. COMISIÓN EVALUADORA**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de los siguientes factores y/o subfactores de evaluación:

(En caso de apelar inadmisibilidad solo describir argumentación en este formulario y adjuntar documentos necesarios.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

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

**Nombre, Firma y RUT (del postulante)**

**NOTA**:

1. Se puede Apelar tanto por un factor como por todos ellos.

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

3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. **No se considerará información ni documentación nueva, solo aclaratorio a lo ya presentado.**



SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA

**ACEPTACIÓN CARGO**

**PROCESO LOCAL AÑO 2024**

**SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA**

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

**APELLIDOS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**TELEFONO (MOVIL / FIJO)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

**CARGO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JORNADA DE CONTRATACIÓN: 22 HORAS**

**FECHA INICIO DE FUNCIONES**:

**DECLARO CONOCER LAS BASES DELPROCESO LOCAL 2024, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° XXX DEL XX DE XX DE XXXX Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:**

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

**FIRMA PROFESIONAL**

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_



SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA

**ANEXO I**

**CARTA RENUNCIA A CARGO**

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

**APELLIDOS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**TELEFONO (MOVIL / FIJO)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**CARGO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**FIRMA PROFESIONAL**

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_