|  |
| --- |
| ANEXO 1 |

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación de Aviso en diario de circulación nacional |  17 de mayo de 2018 |
| Difusión bases y recepción de antecedentes |  **17 de mayo al 25 de mayo 2018** |
| Fin de recepción de antecedentes |  **25 de mayo a las 14:00 horas** |
| Comisión revisora de antecedentes |  **28 y 29 de mayo de 2018** |
| Publicación Puntajes provisorios |  **29 de mayo de 2018** |
| Recepción de Reposición y Apelación |  **30 de mayo al 5 de junio de 2018** |
| Comisión de Reposición |  **6 de junio de 2018** |
| Publicación Puntajes Definitivos |  **6 de junio de 2018** |
| Habilitación por el Centro Formador |  **7 al 15 de junio de 2018** |
| Llamado a Viva Voz y tomas de cupos de beca |  **18 de junio de 2018** |
| Inicio Programa de formación  | **01 de julio de 2018** |

**NOTA:** Los plazos una vez asignados los puntajes y habilitados los postulantes, pueden sufrir alguna variación, dado que su cumplimiento depende tanto del Servicio de Salud, como del Centro Formador.

|  |
| --- |
| ANEXO 2: CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN |

**“PRIMER PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2018, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, PARA DESEMPEÑARSE FINALIZADA SU FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud**  |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Nacionalidad** |  |

**Timbre y Firma**

**Recepción**

**Oficina de Partes**

**Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio**

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo N°1 “cronograma”. Sólo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre de Oficina de Partes del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

|  |
| --- |
| ANEXO 3: FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN PRIMER CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO 2018 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de Folio |  |  |  |  | Meses de Antigüedad |  |  |
| **Uso exclusivo Comisión** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud**  |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Dirección Institucional** |  |
| **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**

|  |
| --- |
| ANEXO 4: DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA |

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud  |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rubros** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| **Rubro 1:**. Calificación Médica Nacional (CMN) más escala de evaluación para médico titulado en el extranjero (Certificado) | **7** |  |
| **Rubro 2:** Antigüedad en Sistema Nacional de Servicios de Salud | **8** |  |
| **Rubro 3:** Trabajos de investigación publicados | **9** |  |
| **Rubro 4:** Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado. | **10** |  |
| **Rubro 5:** Funciones Asistenciales En El Servicio De Salud Valparaiso San Antonio | **11** |  |

**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 5: DOCUMENTACIÓN PARA LA ADMISIBILIDAD |

Debe acompañar a continuación la siguiente documentación, requerida para la admisibilidad de su postulación al concurso del “Proceso de selección para acceder a cupos en programa de especialización año 2018, para desempeñarse, una vez finalizada su formación, en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio”

* Formulario de Postulación Firmado.
* Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde
* Certificado de Titulo Original o Fotocopia legalizada
* Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud impreso. (<http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscador?openForm>)
* Declaración Jurada de no haber tomado cupo de beca o destinación anteriormente
* Solo en caso de corresponder, adjuntar Resolución de Término de beca sin sanción, original o fotocopia legalizada.
* EUNACOM para postulantes titulados a contar 19 de abril de 2009 (que será corroborado con la estampilla presentada en Rubro 8)

|  |
| --- |
| ANEXO 6: DECLARACIÓN JURADA |

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 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 7: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL |

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS:**

Deberá adjuntar Certificado de Calificación Médica Nacional emitido por la secretaría de Post Grado de la Universidad Formadora (NO ES LA COPIA DEL TITULO)

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:**

Deberán adjuntar:

1. Certificado de calificaciones de la respectiva Universidad con nota final de título.

2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad)

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009**

****

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2006 HASTA EL 18.04.2009**

Deberán adjuntar:

1. Certificado de calificaciones de la respectiva Universidad con nota final de título.

2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad, (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad)

|  |
| --- |
| ANEXO 8: ANTIGÜEDAD EN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD |

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD** |
| Cargo en horas Ley 15.076 y/o 19.664 |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio Contrato | Fecha Termino Contrato | HORAS | MESES | PUNTAJE (Uso de la Comisión) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Fecha, Nombre, timbre y firma |

**Nota:** **se debe respaldar con la Relación de Servicio emitida por la oficina de Personal del Establecimiento correspondiente.**

|  |
| --- |
| ANEXO 9: TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS |

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

|  |
| --- |
| ANEXO 10: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POST GRADO |

**FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

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

|  |
| --- |
| ANEXO 11: FUNCIONES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO |

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO** |
| Cargo en horas Ley 15.076 y/o 19.664 |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio Contrato | Fecha Termino Contrato | HORAS | MESES | PUNTAJE (Uso de la Comisión) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Fecha, Nombre, timbre y firma |

**Nota:** **se debe respaldar con la Relación de Servicio emitida por la oficina de Personal del Establecimiento correspondiente**

|  |
| --- |
| ANEXO 12: FORMATO CARTA PRESENTACIÓN APELACIÓN - REPOSICIÓN |

**DRA. ALIS CATALÁN ARAYA**

**DIRECTORA (S) SSVSA**

**PRESENTE** Junto con saludar muy cordialmente, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s), en caso de apelar a inadmisibilidad solo describir argumentación en este mismo formulario y adjuntar documentos necesarios:

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y/O APELACION:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Solicito que los antecedentes expuestos sean elevados a la Comisión de Apelación en subsidio al rechazo de la reposición en los rubros antes señalados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **RUT** | **Firma** |
|  |  |  |

**NOTA**:

1. Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos

2. Para que la Reposición y/o apelación sea evaluable se requiere que 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 nueva (La comisión de apelación aceptará entrega de documentos faltantes para efectos de admisibilidad)**

|  |
| --- |
| ANEXO 13: FORMATO DE RENUNCIA A CUPO |

**CUPO Nº.......**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**CUPO OBTENIDO :**

**UNIVERSIDAD :**

**SEDE :**

**DURACION :**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA-.............**