##### II.- ANEXOS

ANEXO 1 CRONOGRAMA

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso "El Mercurio" | 03/01/2016 |
| Recepción de antecedentes | 04/01/2016 - 22/01/2016 |
| Comisión Revisora | 25/01/2016 - 28/01/2016 |
| Puntajes Provisorios | 29/01/2016 |
| Recepción de Reposiciones | 01/02/2016 - 04/02/2016 |
| Comisión de Reposición | 08/02/2016 - 10/02/2016 |
| Puntajes Provisorios con Reposición | 11/02/2016 |
| Recepción de Apelaciones | 12/02/2016 -18/02/2016 |
| Comisión de Apelación | 19/02/2016 - 22/02/2016 |
| Puntajes Definitivos y Publicación de Cupos | 23/02/2016 |
| Primer llamado viva voz | 25/02/2016 |
| Renuncias a las 12:00hrs del día 03/03/2016 | 26/02/2016 – 03/03/2016 |
| Publicación de cupos de becas renunciados | 04/03/2016 |
| Segundo llamado viva voz | 07/03/2016 |

**ANEXO 2**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION

POSTULACION AL

**PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2016, PARA CIRUJANOS DENTISTAS CON DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CONTRATADOS POR LA LEY Nº 19.378, O POR EL ART. 9 DE LA LEY Nº 19.664**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo Electrónico** |  |

Timbre recepción

Ministerio de Salud

Oficina de Departamento Calidad y Formación, Mac-Iver 440, Of. 704 Santiago Centro

(Lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 16:00 hrs.)

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo A “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Departamento de Calidad y Formación del Ministerio de Salud.

**ANEXO 3: Formulario de postulación para el acceso a cupos de especialización Concurso CONEO 2016**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | | |
| **Dirección Institucional** |  | | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.378** |  | **19.664** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad** |  |
| **Fecha de Titulo** |  |

**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 DOCUMENTACION ENTREGADA**

**IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Servicio de Salud o Municipalidad |  |

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **N° Anexo** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| **Desempeño Asistencial y/o Laboral** | |  |  |  |
| **Rubro 1**: Antigüedad laboral total. Tiempo de desempeño contratado en APS Municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud (Anexo Nº 6) |  |  |  |  |
| **Rubro 2**: Desempeño laboral como cirujano dentista | |  |  |  |
| a) Desempeño como cirujano dentista clínico asistencial en atención primaria de salud(Anexo Nº6) |  |  |  |  |
| b) Desempeño en Ronda de Posta Rural y/o clínica móvil en lugar de difícil acceso (Anexo Nº7) |  |  |  |  |
| c) Desempeño en SAPU dental y/o Servicio de Urgencia (Anexo Nº 8) |  |  |  |  |
| d) Desempeño en otro cargos de gestión y/o Responsabilidad |  |  |  |  |
| e) Desempeño en |  |  |  |  |
| **Rubro 3**: Proyectos Asistenciales de Desarrollo Local (Anexo Nº12) |  |  |  |  |
| **Desempeño Académico** | |  |  |  |
| **Rubro 4**: Presentación de publicaciones (Anexo Nº 10) |  |  |  |  |
| **Rubro 5**: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento (Anexo Nº 11) |  |  |  |  |

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 N° 5**

CERTIFICADO DE TITULO CIRUJANO DENTISTA

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS**

Se debe adjuntar el Certificado de Titulo de Cirujano Dentista extendido por la Universidad respectiva, que incluya la nota o calificación final obtenida, suscrito por el Secretario Académico o quien corresponda, en original o copia legalizada ante notario.

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS**

Aquellos profesionales titulados en el extranjero, deberán además adjuntar la certificación de homologación vigente de su título por las autoridades legales competentes (Universidad de Chile y/ o Ministerio de Relaciones Exteriores).

**ANEXO N° 6.A**

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO Y DESEMPEÑO EN

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

(Funcionarios Ley Nº19.378)

El Alcalde/ Jefe/ Director de Recursos Humanos de la Corporación o Departamento de Salud Municipal, Municipalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que:

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

se encuentra contratado (a),

Desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que desempeña una jornada laboral de (11, 22, 33 o 44) \_\_\_\_\_\_\_\_horas semanales.

Asimismo, certifica que el dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar la relación de servicio u hoja de vida funcionaria según corresponda.*

**ANEXO N° 6.B**

CERTIFICACIÓN DE CONTRATO Y DESEMPEÑO EN

SERVICIOS DE SALUD

(Funcionarios Ley Nº19.664)

El Subdirector de Recursos Humanos del Servicio de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que:

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien desempeña funciones en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

se encuentra contratado (a),

Desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que desempeña una jornada laboral de (11, 22, 33 o 44) \_\_\_\_\_\_\_\_horas semanales.

Asimismo, certifica que el dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Subdirector de Recursos Humanos

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar relación de servicio u hoja de vida funcionaria*

**ANEXO N° 7. A CLINICA MOVIL**

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN RONDAS DE POSTAS RURALES Y/O EN CLINICA MOVIL EN LUGAR DE DIFICIL ACCESO

El Subdirector(a) Médico o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que el Dr(a)

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Se ha desempeñado en Atención Odontológica por un período de:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAS** | **MESES** | **INICIO** | **TERMINO** | **LUGAR** | **PERNOCTA SI/NO** | **FRECUENCIA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**El desempeño en clínica móvil en lugar de difícil acceso está referido al componente a. del programa odontológico integral “Estrategia: Clínicas dentales móviles para realizar actividades recuperativas en poblaciones de difícil” u otro de similares características desarrollado en dependencia Municipal.**

**ANEXO N° 7. B RONDA DE POSTA RURAL**

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

**ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**NOMBRE DE LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POSTA DE SERVICIO DE SALUD**

Director de Servicio o Subdirector Medico

**POSTA MUNICIPAL**

Alcalde o Director de Salud Municipal

Director de Atención Primaria de Servicio de Salud

|  |  |
| --- | --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN | |
| TOTAL MESES | PUNTAJE |
|  |  |

**ANEXO Nº 7.C**

**ESQUEMA RONDA POSTA RURAL (RUBRO Nº 2)**



Al llenar:

* Indique el año correspondiente la (s) Postas realizadas en el espacio entre paréntesis “ AÑO ( ) “
* Marque con destacado los periodos en que realizó las Postas, que acrediten con certificados (Anexo 7.B )
* En el período destacado, escriba el nombre de la Posta realizada

**ANEXO N° 8**

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN TURNOS DE SAPU DENTAL Y/O SERVICIO DE URGENCIA

El Subdirector(a) Médico o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que:

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en el SAPU Dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o Servicio de Urgencia del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Efectuando turnos de 28 horas, por un período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses,

Desde (fecha Inicio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta (fecha término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**ANEXO N° 9**

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN OTROS CARGOS DE GESTIÓN Y/O RESPONSABILIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del que certifica |  |
| Cargo (Jefe/Subdirector) del que certifica |  |
| Establecimiento (Secretaria Regional Ministerial – Servicio de Salud - Corporación Municipal – Municipalidad) |  |
|  | |
| Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |

Certifico que cumplió funciones de gestión o responsabilidad certificables en las siguientes unidades:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDAD** | **CARGO** | **INICIO** | **TERMINO** | **JORNADA**  **HORAS SEMANALES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Asimismo, certifica que dicho profesional, (ha sido o no ha sido) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afecto a medida disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación o sumario administrativo instruyó que con fecha, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se aplicara la siguiente medida disciplinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

*En los casos en que el profesional se haya desempeñado en distintas jornadas laborales, debe señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período.*

*Adjuntar la relación de servicio u hoja de vida funcionaria según corresponda.*

ANEXO Nº 10

CUADRO RESUMEN DE PUBLICACIONES

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA PUBLICACION | NOMBRE REVISTA O CONGRESO | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

ANEXO Nº 11

CUADRO RESUMEN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HORAS | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

ANEXO Nº 12

CUADRO RESUMEN DE PROYECTOS ASISTENCIALES DE DESARROLLO LOCAL

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

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PROYECTO | ENTIDAD FINANCISTA | MONTO PROYECTO  (PESOS) | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Debe adjuntar las certificaciones que acrediten veracidad de la información señalada en el presente formulario*

ANEXO N° 13

Formato de carta de Presentación de Reposición

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION:** | | | | | |
| 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**:

* Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

Formato de carta de Apelación

**DR/A.**

**GISELA ALARCON ROJAS**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la solicitud de 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**:

* Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

**ANEXO N° 14**

FORMATO DE ESCRITURA PÚBLICA SOBRE CONVENIO DE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN

REPERTORIO Nº…

**CONVENIO SOBRE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTIA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION**

**entre**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**y**

**...** nombre completo del becario**......**

EN SANTIAGO, República de Chile, a ... de mayo de dos mil ……………………, ante mí, **FELIX JARA CADOT,** Notario Público Titular de la Cuadragésima Primera Notaría de Santiago, con oficio en calle Huérfanos mil ciento sesenta, local doce, comuna de Santiago, comparecen: Doña **………………………………..**, chilena, médico cirujano, Cédula de Identidad número …………………………., en su calidad de Subsecretaria de Redes Asistenciales, y en representación de la **SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**, servicio público con funciones de gobierno en el área de la salud pública, Rol Único Tributario número sesenta y un millones novecientos setenta y cinco mil setecientos guión nueve, según se acredita, ambas con domicilio en calle Mac Iver número quinientos cuarenta y uno, Comuna de Santiago, Región Metropolitana, en adelante indistintamente **“LA SUBSECRETARIA”** o **“EL MINISTERIO DE SALUD”** y, por la otra, ...nombre completo del becario..., ...nacionalidad..., ..cirujano dentista, ...estado civil y régimen patrimonial aplicable..., Cédula de Identidad número ... millones ... guión ..., con domicilio en ..., Comuna de ..., Región ..., en adelante **“EL BECARIO”** ambos comparecientes mayores de edad, a quienes conozco por haberme acreditado su identidad con sus respectivas cédulas ya citadas, y exponen: **PRIMERO. Antecedentes**. **a)** El Ministerio de Salud ha otorgado a ...nombre completo del becario... una beca para financiar su participación en un programa de especialización impartido en la Facultad de ... de la Universidad ... cuya extensión es de ... años, con desarrollo entre el ... de ... de dos mil catorce y el ... de ... de ...; **b)** Dicha beca se otorgó en el procedimiento administrativo llevado a cabo por la SUBSECRETARIA en virtud de lo dispuesto en el artículo cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis, en relación con el numeral primero del inciso primero del artículo dieciocho del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud; y **c)** Lo indicado en las letras a) y b) precedentes consta de la Resolución Exenta número ..., de fecha ... de ... de dos mil catorce, y de la Resolución Exenta número ..., de fecha ... de ... de dos mil quince, ambas del Ministerio de Salud. **SEGUNDO. Objeto**. Este instrumento se otorga para cumplir lo dispuesto en el artículo diecinueve del decreto supremo mencionado en la letra b) de la cláusula primera, en orden a hacer constar en un convenio los derechos y obligaciones que el BECARIO tiene y contrae, respectivamente; y también para establecer la garantía a que es obligado el BECARIO, consistente en la cláusula penal a que se refiere la cláusula quinta de este instrumento. **TERCERO. Derechos del Becario**. **a) Pago de matrículas, derechos o aranceles**. El BECARIO tendrá derecho al pago de los derechos, aranceles y matrículas correspondientes al costo del programa de especialización para el que se le otorgó la beca. Para este efecto, el Ministerio de Salud pagará en forma directa a la Universidad ... dichos conceptos, en favor del BECARIO; **b) Estipendio mensual**. El BECARIO tendrá derecho a percibir mensualmente una cantidad de dinero equivalente a la del sueldo base mensual para un profesional funcionario que cumple una jornada diurna de trabajo de cuarenta y cuatro horas semanales, regido por la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un cien por ciento en el caso de programas de especialización calificados como de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud. También tendrá derecho a este estipendio, o al subsidio del mismo que corresponda, durante el periodo de duración de la licencia médica que el BECARIO presentare, en los mismos términos que los profesionales funcionarios regidos por la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud. **c) Imposiciones previsionales**.El BECARIO tendrá derecho a que se le efectúen las imposiciones previsionales correspondientes, para cuyo efecto se considerará como estipendio imponible la suma indicada en la letra precedente de esta cláusula; **d) Asignación familiar**. El BECARIO tendrá derecho al pago de la asignación familiar por todos quienes sean causantes legales de la misma; **e) Incrementos y bonificaciones previsionales**. El BECARIO tendrá derecho a percibir los incrementos y bonificaciones previsionales a que haya lugar de conformidad con la ley aplicable; **f) Feriado**. El BECARIO tendrá derecho a gozar de feriado en la forma que el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis lo regula para los profesionales funcionarios; **g) Trienios**. El BECARIO tendrá derecho a que, para efectos del cómputo y reconocimiento de trienios, le sea reconocido el tiempo cumplido en esa calidad, siempre que llegue a encontrarse en posesión del certificado de especialistas otorgado por la Universidad ... al término de su programa de especialización; **h) Licencia médica**. El BECARIO tendrá derecho a presentar licencia médica por enfermedad o maternidad, para cuyo efecto deberá comunicar dicha circunstancia al presentarse en le Facultad de ... de la Universidad ... y al Director del establecimiento de salud en el que se desempeñe; y para asistir a actividades académicas que formen parte del mismo; **i) Permisos para rendir pruebas**. El BECARIO tendrá derecho a obtener del Director del establecimiento de salud en el que desarrolle su programa de especialidad los permisos y facilidades pertinentes para rendir las pruebas o exámenes a que deba someterse como parte del programa; **j) Otras asignaciones y bonificaciones**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación y bonificaciones que determinen las leyes, en la medida en que cumpla los requisitos que estas establezcan; **k) Asignación del artículo octavo quáter**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación mensual de carácter permanente e imponible sólo para efectos de previsión y salud, en la parte, medida o proporción en la que procedan los presupuestos para su aplicación, establecida en el artículo octavo quáter del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; **l) Información para cumplir el período asistencial obligatorio**. El BECARIO tendrá derecho a ser informado oportuna y formalmente, con al menos seis meses de anticipación a la fecha prevista de término del programa de especialización del establecimiento de salud en que deberá cumplir su obligación de realizar el período asistencial obligatorio; y **m) Contratación**. El BECARIO tendrá derecho a ser contratado con jornada completa por el Servicio de Salud de ... del que dependa el establecimiento de salud en que deba cumplir su obligación de período asistencial obligatorio, con sujeción a las normas legales aplicables a profesionales funcionarios. No obstante, la jornada completa, de cuarenta y cuatro horas semanales, podrá ser reducida a veintidós, cuando el BECARIO – ya como ex becario - asuma otro cargo público por igual cantidad de horas semanales. Para este efecto, la obligación de contratación correlativa que el artículo veinte del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, impone al Servicio de Salud de ... subsistirá como tal durante el mismo tiempo que dure el periodo asistencial obligatorio, sin perjuicio de la continuidad posterior en el desempeño, de conformidad con las normas legales en la materia. **CUARTO. Obligaciones del Becario**. **a) Sujeción a la normativa aplicable**. El BECARIO queda obligado a acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento del establecimiento de salud en el o los que deba realizar su programa de especialización y, cumplir su obligación de período asistencial obligatorio; motivo por el que, además, contrae la obligación de conocerlas; **b) Obligaciones docente asistenciales**. El BECARIO debe cumplir todas las obligaciones de carácter docente asistencial propias y necesarias para el desarrollo del programa de especialización y su incumplimiento debe constar en antecedentes calificados, debidamente evaluados por la autoridad superior que corresponda; **c) Dependencia**. El BECARIO dependerá administrativamente del Director del establecimiento al que sea destinado y, en el ámbito docente, de la Facultad de ... de la Universidad ..., los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto se le designará un tutor o director de beca; **d) Jornada de desempeño**. El BECARIO deberá cumplir una jornada de desempeño de cuarenta y cuatro horas semanales, sin perjuicio de los turnos nocturnos, en días sábado, domingo y festivos que deba cumplir, de conformidad con las exigencias del programa de especialización; **e) Lugar de desempeño**. El BECARIO deberá desarrollar las actividades asistenciales, debidamente supervisado, en el establecimiento de salud al que sea destinado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos de acuerdo con el programa de especialidad; **f) Rendición de pruebas.** El BECARIO deberá presentarse a rendir todas las pruebas o exámenes que formen parte del programa de especialización; **g) Periodo asistencial obligatorio**. El BECARIO deberá realizar un período asistencial obligatorio a continuación del período formativo del programa de especialidad, en calidad de profesional funcionario con jornada completa en un establecimiento de salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud por un plazo igual al doble del de duración de su beca. En consecuencia, el plazo de esta obligación en el caso del BECADO es ... años. Para este efecto, el BECARIO cumplirá su obligación en .... En cuanto a la exigibilidad de esta obligación, el BECARIO deberá iniciar su cumplimiento sin solución de continuidad entre el término del programa de especialización y el inicio del período asistencial obligatorio. Sin perjuicio de lo anterior, toda interrupción de la continuidad en el cumplimiento de esta obligación solo podrá ser autorizada por la SUBSECRETARIA o por el Director del Servicio de Salud, siempre que se acrediten razones excepcionales o de fuerza mayor. El lugar de destino para el cumplimiento de esta obligación no obsta a su cambio de conformidad con lo dispuesto en el artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro; **h) Constitución de garantía**. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere esta cláusula, el BECARIO contrae la obligación de constituir una garantía, misma obligación que el Ministerio de Salud declara cabal y debidamente cumplida con la cláusula penal a que se refiere la cláusula siguiente de este instrumento, por la suma equivalente en pesos de ... Unidades de Fomento, que corresponde al monto total de todos los gastos que representa el programa de especialización, más la estimación practicada por la SUBSECRETARIA respecto de los gastos derivados de un eventual incumplimiento, incrementados en un cincuenta por ciento; **i) Vigencia de la garantía constituida**. Es obligación del BECARIO mantener vigente, en su integridad, por todo el período de desarrollo de la beca y hasta el término del periodo asistencial obligatorio, la garantía constituida por él, a la que se refiere la letra h) precedente. En consecuencia, tuviere lugar un hecho cualquiera en virtud del cual la cláusula penal que se pacta en la cláusula siguiente perdiere eficacia por cualquier razón o circunstancia, subsistirá la obligación del BECARIO en orden reponer, sustituir o reotorgar la garantía; y **j) Convenio**. La SUBSECRETARIA declara cumplida en este acto y por virtud del mismo la obligación del BECARIO en orden a suscribir con ella un convenio en el que consten sus derechos y obligaciones. **QUINTO. Cláusula Penal**. De conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y en el artículo veintitrés del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud; y con el objeto de garantizar el cumplimiento oportuno y completo de las obligaciones a que se refiere la cláusula anterior, las partes otorgantes convienen en avaluar los perjuicios que se deriven del incumplimiento de una cualquiera de dichas obligaciones en la suma de ......... por su equivalente en pesos a la fecha en que se interponga la demanda en contra de BECARIO, y en particular, pero no exclusivamente, en el evento de que se produzca uno de los siguientes hechos: a) Que el BECARIO no se presente ante el Director del Servicio de Salud ......... a cumplir su Período Asistencial Obligatorio; b) Que, habiendo iniciado oportunamente el cumplimiento a su Período Asistencial Obligatorio abandone su obligación de concluir dicho período, ya sea por renuncia u otro hecho imputable a su persona. Para acreditar el incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones el BECARIO bastará el certificado correspondientes extendido por la SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES o por el Director del Servicio de Salud de ........., a cada uno de los cuales, a mayor abundamiento, el BECARIO faculta desde ya en forma irrevocable para proceder a extender en forma unilateral dicha certificación. Lo dispuesto en esta cláusula rige a contar de la fecha de esta escritura y hasta el término completo del plazo por el que el BECARIO contrae la obligación de desempeñar el periodo asistencial obligatorio. **SEXTO. Efectos**. **a) Efectos en cuanto al otorgamiento de este instrumento**. Por el otorgamiento de este instrumento no quedan comprometidas ninguna de las atribuciones y potestades públicas de las autoridades del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud ni de los Directores de establecimientos de salud; las que además de observar el cumplimiento de lo establecido en el mismo, no empeñan ni comprometen el ejercicio de toda otra atribución propia o delegada en el ejercicio de sus respectivas funciones pública. En consecuencia, el BECARIO declara comprender y aceptar en forma irrevocable que este instrumento no puede ser esgrimido para impugnar o cuestionar decisiones de autoridad que se extiendan a aspectos o materias que, pudiendo tener algún grado de relación con las que en éste se mencionan, no estén específicamente señaladas en mismo. Por ello, se entiende y acepta que la eficacia jurídica de este instrumento se restringe a las materias mencionadas expresamente en el mismo, quedando a disposición del BECARIO, en otros aspectos, el derecho a todos los recursos y procedimientos administrativos existentes ante los órganos de la Administración indicados como ante la Contraloría General de la República; **b) Efectos del cumplimiento cabal y oportuno de las obligaciones del BECARIO**. Por consistir cada uno de los hechos indicados en la cláusula tercera, sobre derechos que asisten al BECARIO, en los mismos que se regulan en los artículos octavo quáter y cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; y en el Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud, el cumplimiento de sus obligaciones indicadas en la cláusula cuarta, con base en la misma ley y reglamento mencionados, obliga a las autoridades a adoptar las medidas administrativas y de gestión que en cada caso corresponda; **c) Efectos derivados de incumplimientos de BECARIO**. A mayor abundamiento de lo que ya disponen el inciso segundo del artículo segundo y el artículo veinticuatro, ambos del decreto supremo mencionado en la letra precedente, conforme a los cuales, consecutivamente, *“El incumplimiento de las obligaciones docentes asistenciales o administrativas que corresponden a los profesionales becarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que conste en antecedentes calificados debidamente evaluados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar a que el Subsecretario de Salud o el Director de Servicio Salud, en su caso, ponga término a la beca mediante resolución fundada.”*; y que *“El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad al período asistencial obligatorio, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía (...), administrativamente y sin más trámite”*; se hace constar que la sanción jurídica a que se refieren las normas citada se encuentra vinculada al cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones mencionadas en la cláusula cuarta de este instrumento; y **d) Efectos en cuanto a la renuncia del BECARIO**. **Uno**. Si la renuncia se presenta dentro de los treinta días siguientes al inicio de la beca: El BECARIO deberá devolver el estipendio recibido y los gastos incurridos por concepto de matrículas y aranceles. Sólo podrá optar a otra beca otorgada por las entidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud, excepcionalmente, en el concurso siguiente, siempre y cuando invoque un motivo justificado y aceptable para la SUBSECRETARIA o para el respectivo Director de Servicio de Salud, en su caso; **Dos**. Si la renuncia se presenta después de treinta días de iniciada la beca: El BECARIO incurrirá en inhabilidad para postular a ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años y administrativamente y sin más trámite se le hará efectiva la garantía constituida. Este efecto no tendrá lugar si la presentación de la renuncia se ha fundado en hechos que dificulten o impidan la prosecución de la beca, que sean aceptados por la SUBSECRETARIA o por el respectivo Director de Servicio de Salud, en cuyo caso se pondrá término a la beca, sin sanciones. **SEPTIMO. Sobre la calidad jurídica de BECARIO**. La beca otorgada el BECARIO es un mecanismo de financiamiento y, por ende, representa una cantidad de dinero que se paga en su beneficio. No constituye un cargo o empleo público y, por ende, tampoco confiere la calidad jurídica de funcionario ni la de profesional funcionario, en los términos en que los que a dicha calidad se refieren el respectivo artículo primero de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y de la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, calidad jurídica con la que además, es incompatible. **OCTAVO. Gastos**. Todos los gastos que se originen en el otorgamiento de este instrumento y de todo otro que fuere necesario para complementarlo, rectificarlo o modificarlo serán de cargo del BECARIO; así como también todo gasto o costa judicial, tanto de carácter procesal como personal, en que se deba incurrir en el evento de que la garantía que la ley exige al BECARIO para asegurar el cumplimiento de su Periodo Asistencial Obligatorio, se cobre judicialmente. **NOVENO. Personería**. La personería de doña …………………………………para representar a la SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES consta del Decreto Supremo número …………………., de ………………………………….., del Ministerio de Salud, tomado razón por la Contraloría General de la República el día…………………………… del mismo año, que el BECARIO declara conocer y que no se inserta a petición de las partes. **DECIMO. Documentos**. Por expreso acuerdo de las partes, ninguno de los documentos mencionados en este instrumento se incorpora al texto del mismo, todos los cuales son conocidos de las mismas y quedan agregados a este instrumento en copia fotostática. En comprobante, previa lectura, firman los comparecientes con el Notario que autoriza. Se da copia. Doy fe.

.........indicar nombre completo del BECARIO.........

C.I. Nº.........

C.I.

p.p. DIRECTOR/A SERVICIO DE SALUD

**ANEXO N° 15**

CERTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO EN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El Director(a) o Director o Jefe de Salud Municipal, quien suscribe, (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Certifica que el Dr(a)

(Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ha desempeñado en Atención en el establecimiento (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Odontológica por un período mínimo de 6 meses en los siguientes ámbitos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ámbito | Fecha inicio | Fecha termino (o actual) |
| Visitas Domiciliarias Integrales a Familias (Conocer entorno familiar, etc) |  |  |
| Atención odontológica en domicilio (visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio como postrados o personas en situación de discapacidad) |  |  |
| Intervenciones de Familia (Trabajo con Familias con aplicación de instrumentos tales como: APGAR Familiar, Genograma, ECOMAPA, etc) |  |  |
| Intervenciones comunitarias: Intervención odontológica comunitaria (Sembrando Sonrisas y/o similares), técnicas ART y otras. |  |  |
| Trabajo en Proceso de Diagnóstico Participativo de su sector o su centro de salud.\* |  |  |

\*El trabajo en Proceso de Diagnóstico Participativo consiste en liderar el proceso o participar en todas sus etapas.

\*\*Se entiende el desempeño en cada ámbito, como a la participación permanente y constante, con un mínimo de 6 meses de continuidad, en uno o todos de los siguientes ámbito

Fecha:

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

Nombre (firma y timbre)

Cédula de Identidad

Cargo

**2° LLÁMASE** a postular al Proceso de Selección de cirujanos dentistas, con desempeño en la atención primaria de salud, contratados por la Ley Nº 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, o por el art. 9 de la Ley Nº 19.664, para acceder a cupos en programas de especialización año 2016.

**3° PUBLÍQUESE** un extracto de esta resolución en un diario de circulación nacional, sin perjuicio de su difusión a través de los sitios web de cada uno de los Servicios de Salud del país y del Ministerio de Salud.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

**DRA. GISELA ALARCON ROJAS**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES (S)**

**MINISTERIO DE SALUD**

# DISTRIBUCIÓN

Gabinete Sra. Ministra de Salud.

Gabinete Sra. Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Directores Servicios de Salud (29)

Presidente Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile A.G.

Presidente ACHEO

Decanos de las Facultades de Odontología: de Chile, de Concepción, de Valparaíso, de Talca, de La Frontera, de Antofagasta, Austral, Mayor, de los Andes, del Desarrollo, San Sebastián, Diego Portales, Andrés Bello, Finis Terrae.

Directores escuelas de Postgrado de la Universidad Católica, Universidad de Chile, Andrés Bello, Concepción, del Desarrollo, Valparaíso, Talca, de la Frontera, Los Andes

División de Asesoría Jurídica.

Depto. de Formación y Desarrollo de RR.HH

Depto. Odontológico, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Depto. Salud Bucal, Subsecretaría de Salud Pública

Unidad de Destinación y Becas

Oficina de Partes.