**ANEXO N° 1**

CRONOGRAMA

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso “El Mercurio” | 09/04/2017 |
| Recepción de antecedentes | 10/04/2017 - 13/04/2017 |
| Comisión Revisora | 17/04/2017 - 18/04/2017 |
| Puntajes Provisorios | 18/04/2017 |
| Recepción de Reposición y Apelación (hasta 16:00 hrs. del 21/04/2017) | 18/04/2017 – 21/04/2017 |
| Comisión de Reposición | 24/04/2017 |
| Puntajes Provisorios con Reposición | 24/04/2017 |
| Comisión de Apelación | 25/04/2017 – 26-04-2017 |
| Puntajes Definitivos | 26/04/2017 |
| Llamado Viva Voz de las Becas | 27/04/2017 |
| Inicio de funciones | 01/05/2017 |

**ANEXO N° 2**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACIÓN

POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

Timbre

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

**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”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
|  | Carátula de presentación de la postulación |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Calificación Medica Nacional |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | Formularios de Desempeño |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |  |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |

**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° 4.1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD** | | | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de: |  | | | | | | | |
| Nombre del Empleador: |  | | | | | | | |
| Cargo (Alcalde, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) |  | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | |
| **Contrato Ley 19.378** | **Fecha Inicio:** | | | | | **Fecha Término:** | | |
| **Contrato Ley 19.664 (Art.9)** | **Fecha Inicio:** | | | | | **Fecha Término:** | | |
| Antigüedad en la APS (a la fecha de postulación) | Años: | | | Meses: | | | | Días: |
|  | | |  | | | |  |
| Desglose Antigüedad | | | | | | | | |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda). | 11 horas | | 22 horas | | 33 horas | | 44 horas | |
|  | |  | |  | |  | |
| En los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | | 22 horas | | 33 horas | | 44 horas | |
|  | |  | |  | |  | |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | | | | | |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | | | Fecha Término | | | | N° total de días |
|  | | |  | | | |  |
| Medidas disciplinarias | | | | | | | | |
| Registra. Marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | | Fecha que se instruyó de investigación o  sumario | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Medida disciplinaria | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | | | | | | | | |

**NOTA:**

**1.- Adjuntar relación de servicio**

**2.- Se deben 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.**

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 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.**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 4.2** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD** | | | | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | | | | |
| Nombre Subdirector de RR.HH. |  | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | | | | | |
| **Contrato Ley 19.664 Art. 9** | **Fecha Inicio:** | | | | | | **Fecha Término:** | | | | | |
| **Contrato Ley 15.076 (28.hrs)** | **Fecha Inicio:** | | | | | | **Fecha Término:** | | | | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | | | | Meses: | | | | | Días: | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
| Desglose Antigüedad | | | | | | | | | | | | |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda). | 11 horas | | 22 horas | | | 33 horas | | 44 horas | | | 28 horas | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | | 22 horas | | | 33 horas | | 44 horas | | | 28 horas | |
|  | |  | | |  | |  | | |  | |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | | | | | | | | |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | | | Fecha Término | | | | | N° total de días | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
| Medidas disciplinarias | | | | | | | | | | | | |
| Registra. Marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | | Fecha que se instruyó de investigación o  sumario | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Medida disciplinaria | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR. HH. | | | | | | | | | | | | |

**NOTA:**

**1.- Adjuntar relación de servicio**

**2.- Se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o fotocopia legalizada ante notario.**

ANEXO Nº 5

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 Nº 6**

# 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 N° 7

FORMATO CARTA DE APELACIÓN/REPOSICIÓN

**SRES.**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN/APELACIÓN**

**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 REPOSICIÓN/ 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. NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.