ANEXO 2

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN** | |
| **IDENTIFICACION PERSONAL** | |
| Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  |
| Nombres |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Dirección Particular |  |
| Comuna |  |
| Teléfono |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO** | |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| Dirección Institucional |  |
| Correo electrónico institucional |  |

***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 3: DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

**I.- IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Establecimiento |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documentación** | **Anexos/ Documentos** | **N° Páginas** | Uso exclusivo de la Comisión | |
| **SI** | **NO** |
| Anexo 3 firmado | Anexo |  |  |  |
| Fotocopia simple cédula de Identidad y/o certificado de residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros. | Cédula o certificado |  |  |  |
| Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud. | Certificado |  |  |  |
| Certificado de título legalizado. (Requisito de Admisibilidad) | Certificado |  |  |  |
| Declaración Jurada simple que acredite no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por algún Servicio de Salud del país. | Declaración |  |  |  |
| Declaración Jurada simple que acredite no haber sido destituido de algún cargo de la administración del estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria o haber sido inhabilitado para ejercer algo cargo en la administración pública. | Declaración |  |  |  |
| Rubro 1: Antigüedad en Establecimientos de salud pública | Anexo y Certificado |  |  |  |
| Rubro 2: Calificación Médica Nacional, y para el caso de médicos titulados en Universidades Extranjeras deberán presentar su certificado de la respectiva Universidad indicando nota final del título y escala de calificación homologada a escala Chilena. | Anexo y certificado |  |  |  |
| RUBRO 3: Publicación de Postgrado (Puntaje máximo 5 puntos) | Anexo y Certificado |  |  |  |
| Rubro 4: Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado | Certificado |  |  |  |
| Rubro 5: Certificado aprobado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina (EUNACOM). (Requisito de Admisibilidad) | Anexo con Certificado |  |  |  |
| Carta al Servicio de Dermatología y Venereología del Hospital, indicando motivación. |  |  |  |  |

***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**  **ANTIGÜEDAD COMO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD.** | | | | | | | |
| Servicio de Salud o Departamento de Atención Primaria |  | | | | | | |
| Nombre de quien suscribe |  | | | | | | |
| Cargo. |  | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato |  | | | | | | |
| Fecha Termino Contrato |  | | | | | | |
| Antigüedad | Años: | | Meses: | | | Días: | |
|  | |  | | |  | |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio | 11 horas | 22 horas | | | 33 horas | | 44 horas |
|  |  | | |  | |  |
| 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 (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 | | | | | | | |

\*Anexo debe ir acompañado de los certificados de respaldo.

**ANEXO N°5: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POST TITULO**

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

1. **CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **Nº HRS.**  **PEDAGÓGICAS** | **N° HRS.**  **CRONOLÓGICA**  **(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo**  **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOTA:**

**1. Solo se evaluaran actividades realizadas posterior a la titulación.**

**B**. **CUADRO RESUMEN PROGRAMAS DE POSTGRADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO ACADÉMICO** | **NOMBRE DEL TÍTULO** | **NOTA DE TÍTULO** | **AÑO**  **DE TITULACIÓN** | **ENTIDAD ACADÉMICA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOTA:**

**1. Adjuntar certificado de título emitido por la entidad académica formadora.**

**2. No se otorgará puntaje parcial a los postulantes que se encuentren cursando la formación de Magister y/o Doctorado, tampoco para aquellos que teniendo la totalidad de los ramos rendidos no cuenten con el certificado de título.**

# ANEXO 6: PUBLICACIONES POST TITULO

Antecedentes por trabajo

1) Título del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Publicado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes por trabajo

2) Título del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Publicado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes por trabajo

3) Título del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Publicado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes por trabajo

4) Título del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Publicado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antecedentes por trabajo

5) Título del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Publicado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***FIRMA DEL POSTULANTE***

Nota: se puede replicar el anexo tantas veces como sea necesario.

**ANEXO N°7: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS:**

Deberá adjuntar Certificado de Calificación Médica Nacional

**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**

**ANEXO N°8: EUNACOM**

****

|  |
| --- |
| **ANEXO 9: DECLARACION JURADA** |

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales 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 término a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

Firma Postulante

|  |
| --- |
| **ANEXO 10: DECLARACION JURADA** |

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ declaro no haber sido destituido de algún cargo de la administración del estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria o haber sido inhabilitado para ejercer algo cargo en la administración pública.

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

Firma Postulante

**ANEXO 11: FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE REPOSICIÓN Y APELACION EN SUBSIDIO**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN O APELACION**

**PRESENTE**

Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s) o la revisión de la inadmisibilidad:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION Y/O 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 Reponer, o Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición o Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.