**ANEXO N° 2**

CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN

POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

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

Timbre

Subdirección de Personas

Servicio de Salud Metropolitano 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”, sólo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Subdirección de Recursos Humanos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

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

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 4** |

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Documentación** |  **Anexos / Documentos** | **Uso exclusivo de Comisión de Evaluación** |
|  **SI** |  **NO** |
| Carta de presentación[[1]](#footnote-1) | Carta |  |  |
| Curriculum Vitae | Curriculum |  |  |
| Fotocopia simple cédula de Identidad y/o certificado de residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros, (requisito de admisibilidad) |  Cédula o Certificado |  |  |
| Certificado de título legalizado, (requisito de admisibilidad) | Certificado |  |  |
| Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud[[2]](#footnote-2) |  Certificado |  |  |
| 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, (requisito de admisibilidad) | Certificado |  |  |
| Certificado aprobado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina (EUNACOM), según corresponda a fecha de titulación, (requisito de admisibilidad) | Certificado |  |  |
| Certificado de antigüedad que acredite haberse desempeñado en calidad de titular o contrata, a lo menos 2 años en la Red asistencial pública de salud, (requisito de admisibilidad) | Anexo N° 5 |  |  |
| Certificado de contrato vigente por la Ley 19.378.(requisito de admisibilidad) | Documento |  |  |
| Contrato vigente en Establecimientos de Salud Municipal del territorio jurisdiccional del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. | Anexo N° 6 |  |  |
| Cuadro Resumen de Actividades de Formación Continua y Perfeccionamiento. | Anexo N° 7 |  |  |
| Investigación de post-título. | Anexo N° 8 |  |  |
| Declaración Jurada simple de no haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, (requisito de admisibilidad) | Documento |  |  |
| 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, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como, haberlo abandonado por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud. Debe adjuntar Resolución que acredite la excepción emitido por la Subsecretaria o el Servicio de Salud respectivo. En esta misma Declaración debe señalar no haber obtenido la calidad de Especialista en Medicina Familiar a través del Decreto N°8 de 2013, (requisito de admisibilidad) |  Documento |  |  |
| Respaldo Formal del Director de Salud Comunal. | Anexo N°9 |  |  |

 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[[3]](#footnote-3)** |

|  |
| --- |
| **ANTIGÜEDAD COMO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEPENDIENTE DE ALGUN SERVICIO DE SALUD Y/O DIRECCION DE SALUD COMUNAL.** |
| Servicio de Salud o Departamento de Atención Primaria |  |
| Nombre de quien suscribe |  |
| Cargo (Director de Servicio, Subdirector de Recursos Humanos, Alcalde, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) de quien suscribe. |  |
| 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 N° 6** |

|  |
| --- |
| **CONTRATO VIGENTE EN ESTABLECIMIENTOS DEL TERRITORIO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE.** |
| Departamento o Corporación de Salud  |  |
| Nombre de quien suscribe |  |
| Cargo de quien suscribe. |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato vigente  |  |
| Antigüedad  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) indicar jornada actual | 11horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma  |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 7** |

**CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA Y PERFECCIONAMIENTO**

**NOMBRE DEL POSTULANTE:**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL MAGISTER, DIPLOMA, DIPLOMADO, CURSO** | **Nº HRS.** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***FIRMA DEL POSTULANTE***

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 8** |

**CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN DE POSTÍTULO.**

|  |
| --- |
| Nombre del Postulante |
| Nombre del Trabajo | Puntaje(uso exclusivo de la comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

***FIRMA DE POSTULANTE***

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 9**  |

**RESPALDO FORMAL DE DIRECTOR DE SALUD COMUNAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Establecimiento |  |
| Nombre de Director de Salud Comunal |  |
| Nombre de Postulante |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| El Director de Salud Comunal que suscribe, por medio del presente certifica conocer la postulación de Dr/a………………………………………………………….…, Profesional de mi dependencia, en Proceso de Selección para optar a cupo Beca de Medicina Familiar año 2017, beca cuyo financiamiento corresponde a 44 horas semanales, y apoyo la presente postulación en atención a: (especifique razones por las cuales considera apto al Profesional para desarrollar Formación en Medicina Familiar)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….………………………………………………………………………………………..…………….……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………De igual manera, me comprometo a mantener la calidad de funcionario/a, sus correspondientes derechos y asignaciones a Dr/a.……………………………….…………, durante el período que se extienda la formación. |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 10** |

**FORMATO CARTA DE PRESENTACIÓN REPOSICIÓN CON APELACIÓN EN SUBSIDIO[[4]](#footnote-4)**

**SRES. PRESENTES**

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):

|  |
| --- |
| SOLICITUD DE REPOSICIÓN: |
| 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)**

1. No es un requisito de admisibilidad, pero se analizará de manera complementaria en Entrevista Personal [↑](#footnote-ref-1)
2. No es un requisito de admisibilidad por tratarse de un Registro Público, pero se recomienda adjuntar a los antecedentes. [↑](#footnote-ref-2)
3. Anexo que complementa y contribuye a una mejor evaluación del Certificado de Antigüedad Laboral. [↑](#footnote-ref-3)
4. En el caso de no ser aprobada la Reposición, la documentación pasará automáticamente a Comisión de Apelación, como instancia superior. [↑](#footnote-ref-4)