**ANEXO N° 2**

CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN

POSTULACION 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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** |

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documentación** | **Anexos / Documentos** | **Uso exclusivo de Comisión de Evaluación** | |
| **SI** | **NO** |
| Formulario de Postulación (requisito de admisibilidad) | Anexo N°3 |  |  |
| Fotocopia simple cédula de Identidad y/o certificado de residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros. | Cédula o Certificado |  |  |
| Certificado de título legalizado, (requisito de admisibilidad) | Certificado |  |  |
| Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud[[1]](#footnote-1) | 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 Desempeño en la Red Asistencial | Anexo N° 5 |  |  |
| Formulario de Capacitación y Perfeccionamiento | Anexo N° 6 |  |  |
| 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 |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

***FIRMA DEL POSTULANTE***

**ANEXO Nº 5**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL**

El Subdirector de Recursos Humanos del Servicio de Salud, Municipalidad, Hospital Institucional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

El (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en el Servicio de Salud, Municipalidad o corporación por un periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, contratado balo la Ley \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y timbrada.**

Se emite este certificado para ser presentado en Concurso “**PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE INGRESO 2017”**

**………………………………………………………**

**Nombre Subdirector de Recursos Humanos**

**Firma**

**Timbre**

**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 de carta de Presentación de Reposición con Apelación en Subsidio[[2]](#footnote-2)**

**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)

1. No es un requisito de admisibilidad por tratarse de un Registro Público, pero se recomienda incorporar a los antecedentes de postulación. [↑](#footnote-ref-1)
2. En el caso de no ser aprobada la Reposición, la documentación pasará automáticamente a Comisión de Apelación, como instancia superior. [↑](#footnote-ref-2)