ANEXOS

|  |
| --- |
| ANEXO 1: CRONOGRAMA |

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS DE ESPECIALIZACION AÑO 2017 DEL PROGRAMA “CAPACITACION BECAS MAULE 100 MEDICOS ESPECIALISTAS PARA LA REGION” PARA MEDICOS CIRUJANOS TITULADOS ENTRE EL 1º DE ENERO DE 2009 Y 31 DE MARZO DEL 2017

|  |  |
| --- | --- |
| * Publicación Convocatoria
 | 16.04.2017 |
| * Retiro de Bases y Recepción de Antecedentes
 | 17.04.17 AL 28.04.2017 |
| * Evaluación de Antecedentes
 | 02.05.2017 al 06.05.2017 |
| * Publicación Puntajes Provisorios
 | 09.05.2017 |
| * Recepción de Apelaciones
 | 10.05.2017 al 11.05.2017 |
| * Resolución de Apelaciones
 | 12.05.2017 |
| * Publicación Puntaje definitivo
 | 13.05.2017 |
| * Confirmación y Firma Formulario Toma de Cupo
 | 16.05.2017 |
| * Inicio Beca
 | 17.05.2017 |
|  |  |

|  |
| --- |
| RECEPCIÓN DE LA POSTULACIÓN |

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Establecimiento (SS, Municipalidad, Hospital)  |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |
| --- | --- |
| DETALLE DOCUMENTOS POSTULACIÓN | CONTENIDO |
| * + - DOCUMENTO Nº 1
 | ANEXO 2, FICHA DE POSTULACIÓN |
| RUBRO Nº 1 EUNACOM* + - DOCUMENTO Nº 2
		- DOCUMENTO Nº 3
		- DOCUMENTO Nº 4…..N
 |  |
| RUBRO Nº 2 CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL (CMN)* + - DOCUMENTO Nº 5
		- DOCUMENTO Nº 6
		- DOCUMENTO Nº 7…..N
 |  |
| RUBRO Nº 3 EXPERIENCIA LABORAL* + - DOCUMENTO Nº 8
		- DOCUMENTO Nº 9
		- DOCUMENTO Nº 10…..N
 |  |
| RUBRO Nº 4 DESEMPEÑO SS DE URGENCIAS Y CAMAS CRITICAS* + - DOCUMENTO Nº 11
		- DOCUMENTO Nº 12
		- DOCUMENTO Nº 13
 |  |
| RUBRO Nº 5 DESEMPEÑO EN DOCENCIA* + - DOCUMENTO Nº 14
		- DOCUMENTO Nº 15
		- DOCUMENTO Nº 16
 |  |
| RUBRO Nº 6 CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO* + - DOCUMENTO Nº 17
		- DOCUMENTO Nº 18
		- DOCUMENTO Nº 19…..N
 |  |

ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO.

TODO DOCUMENTO DEBE SER PRESENTADO SEGÚN FORMULARIO, ORDENADO POR RUBRO Y FOLIADO CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS CON SU RESPECTIVO DETALLE DE CONTENIDO.

Se deja adjunto al Formulario de Postulación (original Reclutamiento, Subdirección de las Personas SS Maule junto a postulación, copia para postulante)

Nombre, Firma y Timbre de quien recibe

Fecha Recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO Nº 2

FORMULARIO DE POSTULACIÓN A PROGRAMA DE CAPACITACION BECAS MAULE, 100 ESPECIALISTAS PARA LA REGIÓN

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  |  |
|  | 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 POSTULANT E

ANEXO Nº 3

### CERTIFICADO DE CONTRATO EN UN SERVICIO DE SALUD, MUNICIPALIDAD, HOSPITAL INSTITUCIONAL

####  El Subdirector de Recursos Humanos del Servicio de Salud,

Municipalidad o hospital Institucional

Certifica que el DR.(A) , se encuentra

contratado(a) , desde el día , y que se desempeña con jornada de\_\_\_\_ (11, 22, 33, 44) horas semanales hasta la fecha\*

Asimismo, certifica que el profesional antedicho, afecto a medida

Disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria. Dicha investigación o

 sumario instruyó que con fecha la aplicación de la siguiente

 medida disciplinaria .

Fecha:

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

NOMBRE JEFE RRHH Firma y Timbre

* En 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.
* Se debe certificar rellenado con las palabras indicadas entre comillas, en el espacio dispuesto para ello, si el funcionario “registra” o “no registra” medidas disciplinarias. En el caso de encontrase afecto, indicar la información solicitada en el párrafo siguiente.

ANEXO Nº 4

### CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE URGENCIA Y/O CAMAS CRÍTICAS

#### El Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud

####

#### Dr. (a), o Municipalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifica que el:

#### DR. (A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado

#### En Servicio de Urgencia por un período \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses.\* con una jornada laboral de \_\_\_\_\_\_\_\_ hrs.

#### Fecha de inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , fecha de término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha : .....................................................

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

Nombre subdirector Médico Firma y Timbre

* Adjuntar Certificado emitido por Jefe de Servicio de Urgencia y/o Camas Críticas

|  |
| --- |
| ANEXO N° 5 |

|  |
| --- |
| CERTIFICADO ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA EN INSTITUCIONES DOCENTES |

|  |  |
| --- | --- |
| UNIVERSIDAD: |  |
| NOMBRE: |  |
| CARGO (DECANO, VICEDECANO, DIRECTOR DE POSTGRADO) |  |
| NOMBRE DEL POSTULANTE: |  |
| CEDULA DE IDENTIDAD: |  |
| FECHA INICIO CONTRATO: |  |
| FECHA TERMINO CONTRATO: |  |
| ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION: | AÑOS | MESES | DIAS |
|  |  |  |
|
|  | 11 HORAS | 22 HORAS | 33 HORAS | 44 HORAS |
| JORNADA LABORAL (MARCAR CON "X" LO QUE CORRESPONDA), LOS CASOS EN QUE EL PROFESIONAL SE HAYA DESEMPEÑADO CON DISTINTAS JORNADAS, SEÑALAR LOS PERIODOS SERVIDOS Y LA JORNADA CONTRATADA EN CADA PERIODO. ADJUNTAR RELACION DE SERVICIO. |  |  |  |  |
|  | F. INICIO | F. TERMINO | N° TOTAL DE DÍAS |
| CERTIFICO QUE EL PROFESIONAL CUANTA CON PERMISO SIN GOCE DE REMUNERACIONES EN EL PERIODO (LLENAR SI CORRESPONDE). |  |  |  |
| fecha, nombre, timbre y firma |
|
|
|
|
|
|

Nota: 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.

ANEXO Nº 6

# CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. PEDAGOGICAS | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Total de Horas |  |  |

ANEXO Nº 7

Formato de carta de Presentación de Apelación

SR

RODRIGO ALARCON QUESEM

DIRECTOR SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

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

  **SERVICIO DE SALUD MAULE**

SUBDIRECCION GESTION DE LAS PERSONAS

ACEPTACION DE CUPO DE ESPECIALIZACION AÑO 2017 DEL PROGRAMA “CAPACITACION BECAS MAULE 100 MEDICOS ESPECIALISTAS PARA LA REGION”

NOMBRE COMPLETO :

RUT :

DIRECCION :

TELEFONO CONTACTO:

EMAIL :

CUPO OBTENIDO :

UNIVERSIDAD : CATOLICA DEL MAULE

DURACION : 6 SEMESTRES

CONDICIONES DEL PROGRAMA:

Por la presente acepto el cupo especial para Médicos del Programa de Especialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Ingreso al Programa de Especialización 2017, en el Programa de "100 Especialistas para el Maule", aceptando las condiciones que se señalan:

* Realizar la Especialización en la Universidad Católica del Maule (UCM), por un periodo de duración de 3 años, adhiriéndome a los términos del Reglamento de alumno de Postgrado de la UCM, iniciando el programa en la fecha establecida por dicho Centro Formador.
* Acepto las condiciones de contrato establecidas por el Servicio de Salud Maule, por el periodo que dure la formación y el pago de derechos arancelarios que corresponda al periodo de Especialización.
* Acepto la suscripción de Escritura Pública y Pagaré por un valor equivalente U.F.6.500 a fin de garantizar la obligación de devolver la formación, como especialista, en un establecimiento hospitalario del Servicio de Salud Maule

FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE

 Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cc: - Interesado

 -Director Escuela de Post Grado, Universidad Católica del Maule

 -Subdirección de Gestión de las Personas, Servicio de Salud Maule