**ANEXO 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN IDENTIFICACION PERSONAL**  **(escribir con letra imprenta)** | |
| Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  |
| Nombres |  |
| Cedula de Identidad |  |
| Dirección Particular |  |
| Comuna |  |
| Teléfono |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Correo electrónico |  |
| **IDENTIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO** | |
| Municipalidad |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| Dirección Institucional |  |
| Correo electrónico institucional |  |
| Datos del contrato vigente | Empleador  Horas Contratadas |

**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 |  |
| Municipalidad |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Anexos/ Documentos** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| Carta presentación | Carta |  |  |  |
| Curriculum Vitae | Curriculum |  |  |  |
| Fotocopia simple cédula de Identidad y/o certificado de residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros. | Cedula o certificado |  |  |  |
| Certificado de título legalizado | Certificado |  |  |  |
| Certificado de contrato vigente por la Ley 19.378 | Certificado |  |  |  |
| Certificado de antigüedad que acredite haberse desempeñado en calidad de titular o contrata, a lo menos 1 año en la Red asistencial publica de salud. | Certificado |  |  |  |
| Certificado aprobado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina (EUNACOM), según corresponda a fecha de titulación. | Certificado |  |  |  |
| Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud | 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. | Certificado |  |  |  |
| Antigüedad como médico en establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependiente de algún Servicio de Salud y/o Direcciones de Salud Comunal | Anexo 4 |  |  |  |
| Contrato vigente en establecimientos de Salud Municipal | Anexo 5 |  |  |  |
| Cuadro Resumen de Actividades de Formación Continua y Perfeccionamiento | Anexo 6 |  |  |  |
| Constancia de Director Comunal y/o avalando participación directa en Proyectos | Anexo 7 |  |  |  |
| Respaldo Formal del Director de Salud Comunal | Anexo 8 |  |  |  |
| Referencias otorgadas por informantes | Anexo 9 |  |  |  |
| Investigación de post-título | Anexo 10 |  |  |  |

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 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTIGÜEDAD COMO MEDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEPENDIENTE DE ALGUN SERVICIO DE SALUD Y/O DIRECCION DE SALUD COMUNAL.** | | | | | | | |
| Director de los Establecimientos de Salud de la Red, Departamento de Atención Primaria de Salud. |  | | | | | | |
| 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 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATO VIGENTE EN ESTABLECIMIENTOS DEL TERRITORIO DE LA JURISDICCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD** | | | | | | |
| Departamento de Atención Primaria |  | | | | | |
| Nombre de quien suscribe |  | | | | | |
| Cargo de quien suscribe |  | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | |
| Cedula 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 6**

**CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DE FORMACION 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 7**

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO/CONSTANCIA DE DIRECTOR DE SALUD COMUNAL AVALANDO PARTICIPACIÓN DIRECTA EN PROYECTOS** |

|  |  |
| --- | --- |
| Departamento de Atención Primaria |  |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  |
| Email del Director de Salud Comunal |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| Iniciativas en las cuales el postulante ha tenido un rol de gestor y ejecutor   * Refiérase al ámbito: gestión, trabajo comunitario, trabajo en redes, trabajo clínico de sector, formación y capacitación. * Refiérase al rol del postulante: gestor, ejecutor, participante * Mencione la experiencia señalando duración y principales resultados | |

El Director que suscribe ha tenido a la vista los antecedentes que avalan la participación directa del postulante en iniciativas exitosas y significativas en un rol de líder y/o ejecutor.

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

***Firma y Timbre***

***Director de Salud Comunal***

**ANEXO 8**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPALDO FORMAL DEL DIRECTOR DEL AREA DE SALUD COMUNAL** | |
| Departamento de Atención Primaria |  |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| El Director de Salud Municipal que suscribe, por medio del presente certifica conocer la postulación del Dr…………………………………….., profesional de mi dependencia, en Proceso de Selección para optar a cupo Beca de Medicina Familiar año 2019, y apoya 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 calidad funcionaria del Dr………………………………………………………………………., durante el período que se extienda la formación. | |

***Firma y timbre***

***Director de Salud Comunal***

**ANEXO 9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REFERENCIAS ENTREGADAS POR INFORMANTES**  **DOCUMENTO CON IDENTIFICACIÓN DE TRES PERSONAS DEL EQUIPO QUE CONOCEN AL POSTULANTE** | | | |
| Nombre del Postulante |  | | |
| Centro de Salud donde se desempeña |  | | |
| **Nombre de quien refiere** | **Cargo** | **Email** | **Celular** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |

**ANEXO 10**

|  |
| --- |
| **CUADRO RESUMEN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**  **DE POST-TITULO** |

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

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

***FIRMA DE POSTULANTE***

**ANEXO 11**

**FORMATO DE PRESENTACIÓN DE CARTA DE SOLICITUD DE**

**REPOSICIÓN-APELACIÓN**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN-APELACIÓN**

**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):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)

**NOTA**:

Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos

Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.