**ANEXO N° 1**

**“FORMULARIO”**

CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION.

**“PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACION AÑO 2021, PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL SSVQ”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |

**Nombre y Firma del Postulante**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2** |

DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA

I.- IDENTIFICACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| NOMBRE ESTABLECIMIENTO ORIGEN |  |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubros** | **Anexos** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| **Rubro 1:** Permanencia en establecimientos públicos de Salud | Anexo 4 |  |  |  |
| **Rubro 2:** Nota de Título de la Especialidad Primaria (Certificado) |  |  |  |  |
| **Rubro 3:** Trabajos de Investigación | Anexo 5 |  |  |  |
| **Rubro 4:** Cursos de Capacitación, perfeccionamiento o estadía | Anexo 6 |  |  |  |
| **Rubro 5:** Desempeño en Hospitales del SSVQ | Anexo 7 |  |  |  |
| **Rubro 6:** Desempeño en 1 o más instituciones docentes | Anexo 8 |  |  |  |

**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 Nº 3**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE SUB ESPECIALIZACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de Folio** |  |  |  |

(Uso de la Comisión)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Dirección Institucional**  |  |
| **Correo electrónico institucional** |  |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **LEY 15.076** |  | **Ley 19.664** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**DECLARO CONOCER EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO.**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO Nº 4**

|  |
| --- |
| **PERMANENCIA EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PÚBLICOS DEL PAÍS**  |
| Nombre del Servicio de Salud  |  |
| Nombre Subdirector de RR. HH/Director Corporación Municipal u otro |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.664 o 15076 o 19378 |  |
| Fecha Termino Contrato Ley 19.664 o 15076 o 19378 |  |
| Antigüedad en el Servicio de Salud  | 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 del que certifica |

.

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, en original o fotocopia legalizada ante notario.

**Anexo 5**

**Rubro 3**

**TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre Completo :**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ANTECEDENTES POR TRABAJO

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍITULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACIÓN :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**TÍTULO :**

**AUTORES :**

**CONGRESO O REVISTA :**

**FECHA DE PRESENTACION :**

|  |
| --- |
| **Uso exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

**ANEXO Nº 6**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

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

**NOTA:** Ordenar los Cursos de 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 Nº 7**

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

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN HOSPITALES DE LOS SS DE LA V REGION** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN | DESDE | HASTA | FUNCIÓN | PERIODO |
| AÑO | MESES | DÍAS |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

.

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como desempeño en hospitales tenga, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO N°8:** Desempeño en Instituciones Docentes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Universidad** |  |
| **Nombre de la Autoridad Universitaria** |  |
| **Cargo** |  |
| **Nombre del postulante** |  |
| **Fecha Inicio Contrato** | **Fecha Término Contrato** | **Horas** | **PUNTAJE (uso de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Fecha, nombre, firma y timbre** |

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar de los respectivos respaldos en original o fotocopia legalizada ante notario.

**ANEXO N° 9**

Formato de carta de Apelación

 **Sr.**

**ALFREDO MOLINA NAVES**

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR -QUILLOTA**

**PRESENTE**

 Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la 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.