

ANEXO B: CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION

BASES DE CONCURSO LOCAL "PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2018, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, REGIDOS POR EL ARTICULO 9° DE LA LEY 19.664, POR LA LEY 19.378 O POR LA LEY 15.076"

| | |
|--|--|
| Servicio de Salud y/o Municipalidad | |
| Establecimiento(s) de Desempeño | |
| Apellido Paterno | |
| Apellido Materno | |
| Nombres | |
| Cedula de Identidad | |
| Correo electrónico | |
| Dirección | |
| Comuna | |
| Región | |
| Teléfono de contacto | |
| Fecha de Nacimiento | |
| Universidad de Egreso | |
| Fecha de Egreso | |
| Nacionalidad | |

Timbre Depto. Capacitación y Formación
Servicio de Salud del Reloncaví.

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 A: Cronograma". Solo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre del Departamento de Capacitación y Formación del Servicio Salud Del Reloncaví.

**ANEXO C: Formulario de postulación para el acceso a cupos de especialización
Concurso Local Año 2018.**

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|---------------------|--|--|
| Número de Folio | | | | | Meses de Antigüedad | | |
| Uso exclusivo Comisión | | | | | | | |

| IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta) | | | | | | |
|--|--------|--|--------|--|--------|--|
| Servicio de Salud o Municipalidad | | | | | | |
| Establecimiento de Desempeño | | | | | | |
| Dirección Institucional | | | | | | |
| Contrato vigente (indicar con una "X" la Ley que rige su contrato) | 19.378 | | 19.664 | | 15.076 | |

| IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta) | |
|---|--|
| Nombre Completo | |
| Cédula de Identidad | |
| Dirección Particular | |
| Teléfono de Contacto | |
| Correo electrónico | |

Se acoge a la rebaja de un año de desempeño previo, resoluciones N° 747 y 876 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para postular a cupo de las especialidades : Medicina Familiar – Salud Pública – Medicina de Urgencia – Medicina Interna – Obstetricia y Ginecología – Pediatría – Psiquiatría Adulto o Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia. Debe indicar con una "X" su opción.

| | |
|----------|----------|
| SI _____ | NO _____ |
|----------|----------|

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 D: Detalle de la Documentación entregada

I.- IDENTIFICACIÓN

| | |
|---|--|
| Nombre del Postulante | |
| RUT | |
| Servicio de Salud o Municipalidad (empleador) | |

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

| Rubros | Anexos | N° Hojas |
|---|---------------|-----------------|
| Rubro 1: Desempeño como Médico en establecimientos de Atención Primaria de Salud. | 1 | |
| Rubro 2: Desempeño como Médico en uno o varios Servicios de Salud | 2 | |
| Rubro 3: Desempeño como Médico en Servicios de Urgencia. | 3 | |
| Rubro 4: Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado. | 4 | |
| Rubro 5: Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). | 5 | |
| Rubro 6: Calificación Médica Nacional (CMN) más escala de evaluación para médico titulado en el extranjero (Certificado) | 6 | |
| OTROS: | | |

ANEXO E: DOCUMENTACIÓN PARA ADMISIBILIDAD

Debe acompañar a continuación la siguiente documentación, requerida para la admisibilidad de su postulación al concurso del PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2018, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, REGIDOS POR EL ARTICULO 9° DE LA LEY 19.664, POR LA LEY 19.378 O POR LA LEY 15.076, PARA DESEMPEÑARSE EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS

1. Formulario de Postulación (Anexo C) (**Firmado**).
2. Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde
3. Certificado de Título Original o Fotocopia legalizada
(SE ACEPTAN COMO ORIGINALES AQUELLOS CERTIFICADOS IMPRESOS CON FIRMA DIGITAL AVANZADA QUE CUENTEN CON ALGUN MEDIO DE VALIDACION AUTOMÁTICA (CÓDIGO QR, CÓDIGO DE VERIFICACIÓN U OTRO EQUIVALENTE)
4. Para médicos que hayan cursado su formación en país extranjero: certificado de EUNACOM aprobado o resolución que aprueba la validación del título según corresponda.
5. Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud impreso.
(<http://webservice.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscador?openForm>)
6. Respecto de los requisitos específicos para postulantes contratados por la Ley N°19.378 o por el art. 9° de la Ley N° 19.664: Anexo N°1 y Anexo 1.1, ambos con sus respectivos certificados
7. Respecto de los requisitos específicos para postulantes contratados por la Ley N° 15.076: Anexo N°2 y su certificado.
8. Anexo F (firmado). Solo en caso de corresponder. Adjuntar Resolución de Término de beca sin sanción, original o fotocopia legalizada.
9. EUNACOM para postulantes titulados a contar 19 de abril de 2009 (que será corroborado con la estampilla presentada en Rubro 5)
10. Inobservancia de las indicaciones específicas entregadas para la presentación de las postulaciones.

ANEXO F: DECLARACION JURADA

Yo _____, RUN _____ - ____ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como, tampoco haber abandonado la formación o compromiso de devolución (PAO) por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en el Artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

Firma Postulante

ANEXO N°1

DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Ley 19378

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|---------------|-----------------------|
| Ilustre Municipalidad | | | | |
| Nombre del Empleador (jefatura directa): | | | | |
| Cargo (Alcalde, Administrador Municipal, Director de Salud Comunal) | | | | |
| Nombre del Postulante | | | | |
| Cedula Identidad | | | | |
| Contrato Ley 19.378 | | Fecha Inicio: | | Fecha Término: |
| Antigüedad en la APS | Años: | | Meses: | Días: |
| | | | | |
| Desglose Antigüedad | | | | |
| Jornada laboral única (marcar con "X" lo que corresponda). | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| | F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas , señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| | F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | | Fecha Término | N° total de días |
| | | | | |
| Medidas disciplinarias | | | | |
| Registra. Marcar con "X" lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) | | |
| | | | | |
| | Fecha que se instruyó de investigación o sumario | | | |
| | | | | |
| | Medida disciplinaria | | | |
| | | | | |

NOTA:

1.- Adjuntar relación de servicio

2.- En el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10° del D. S. 91/2001, a los profesionales que se hayan desempeñado en la Atención Primaria de Salud Municipal, se le bonificará en este rubro el tiempo servido en estas condiciones en un 50%

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

**ANEXO N°1.1
DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – Ley 19664, art. 9°**

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------|-----------------------|
| Servicio de Salud ("se considera como tiempo de desempeño en la APS, aquel realizado en Hospitales tipo 3 y 4, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención", Art. 5° D91/2001) | | | | |
| Nombre del Empleador (jefatura directa): | | | | |
| Cargo (Sub Director de RRHH del SS) | | | | |
| Nombre del Postulante | | | | |
| Cedula Identidad | | | | |
| Contrato Ley 19.664 (Art.9) | | Fecha Inicio: | | Fecha Término: |
| Antigüedad en la APS | | Años: | Meses: | Días: |
| Desglose Antigüedad | | | | |
| Jornada laboral única (marcar con "X" lo que corresponda). | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| | F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas , señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| | F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | | |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días | |
| | | | | |
| Medidas disciplinarias | | | | |
| Registra. Marcar con "X" lo que corresponda) | No | Si (llenar recuadro siguiente) | | |
| | | | | |
| | Fecha que se instruyó de investigación o sumario | | | |
| | | | | |
| | Medida disciplinaria | | | |
| | | | | |

ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.

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

ANEXO N°2

| DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD BAJO CONTRATACION LEY 15.076 | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------|
| Servicio de Salud | | | |
| Nombre Subdirector de RR.HH. | | | |
| Nombre del Postulante | | | |
| Cedula Identidad | | | |
| Contrato Ley 15.076 (28hrs) | Fecha Inicio: | Fecha Término: | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | Meses: | Días: |
| | | | |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) | | | |
| Periodo sin goce de remuneraciones | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
| | | | |
| Medidas disciplinarias | | | |
| Registra. Marcar con "X" lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) | |
| | | | |
| | Fecha que se instruyó de investigación o sumario | | |
| | | | |
| | Medida disciplinaria | | |
| | | | |

NOTA:

1.- Adjuntar relación de servicio

2.- 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 N°3

DESEMPEÑO EN SERVICIO DE URGENCIA

| | |
|--|----------------------|
| Servicio de Salud o Municipalidad | |
| Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.) | |
| Nombre del Postulante | |
| Fecha Inicio: _____ | Fecha Término: _____ |
| Fecha Inicio: _____ | Fecha Término: _____ |
| N° de horas: | |
| Fecha emisión anexo: | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)

Las jornadas de extensión horaria no se consideraran para otorgamiento de puntaje, a excepción que se hayan realizado en Servicios de Urgencia Hospitalario, SAPU, SAR, SAPUR o SUR.

**ANEXO N°4: CURSOS DE CAPACITACIÓN,
PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

NOMBRE DEL POSTULANTE: _____

A. CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO

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

| NOMBRE DEL CURSO | NOTA | Nº HRS. PEDAGÓGICAS | Nº HRS. CRONOLÓGICA (0,75xNºHRS PEDAGÓGICA) | PUNTAJE (Uso exclusivo de la Comisión) |
|------------------|------|---------------------|---|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

B. CUADRO RESUMEN PROGRAMAS DE POSTGRADO

| GRADO ACADÉMICO | NOMBRE DEL TÍTULO | NOTA DE TÍTULO | AÑO TITULACIÓN | ENTIDAD ACADÉMICA |
|-----------------|-------------------|----------------|----------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

NOTA:

1. Adjuntar certificado de título emitido por la entidad académica formadora.
2. No se otorgará puntaje parcial a los postulantes que se encuentren cursando la formación de Magister y/o Doctorado, tampoco para aquellos que teniendo la totalidad de los ramos rendidos no cuenten con el certificado de título.

ANEXO N°5: EUNACOM

POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009

EXAMEN UNICO NACIONAL
DE CONOCIMIENTOS DE MEDICINA

Nombres
Apellidos
Universidad

RUT

Diciembre 2009

PUNTAJE **APROBADO**

De acuerdo a la Ley N° 20.611, del 2008, y a la Resolución N° 049 del Ministerio de Salud, se informa la interpretación del puntaje en www.eunacm.cl

PEGAR

POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2006 HASTA EL 18.04.2009

Deberán adjuntar:

1. Certificado de calificaciones de la respectiva Universidad con nota final de título.
2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad, (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad)

ANEXO N° 6: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL

POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS: Deberá adjuntar Certificado de Calificación Médica Nacional

POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:
Deberán adjuntar:

1. Certificado de calificaciones de la respectiva Universidad con nota final de título.
2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad)

ANEXO G: FORMATO CARTA DE APELACION

**SRES. COMISIÓN DE APELACIÓN
PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de los siguientes rubros.

En caso de apelar inadmisibilidad solo describir argumentación en este formulario y adjuntar documentos necesarios.

| RUBRO Nº | | Puntos otorgados | | Puntos esperados | |
|-----------------------|--|------------------|--|------------------|--|
| Argumentación: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| RUBRO Nº | | Puntos otorgados | | Puntos esperados | |
| Argumentación: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| RUBRO Nº | | Puntos otorgados | | Puntos esperados | |
| Argumentación: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre, Firma y RUT (del postulante)

NOTA:

1. Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
2. Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.
3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. **No se considerará información ni documentación nueva, solo aclaratorio a lo ya presentado.**

**ANEXO H: FORMATO RENUNCIA A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN
CONCURSO LOCAL 2018**

CUPO N°.....

APELLIDO PATERNO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

APELLIDO MATERNO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOMBRES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

RUN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 -

TELEFONO (Móvil o Fijo)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

EMAIL _____

SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ESPECIALIDAD :

UNIVERSIDAD :

CENTRO FORMADOR :

DURACION :

Nombre, Firma y RUT (del postulante)

FECHA.....

2° **LLÁMASE** a Proceso Extraordinario de selección de becas de especialización con compromiso de devolución en el Servicio de Salud del Reloncaví ingreso 2018, a médicos cirujanos, regidos por el Decreto 507 de 1990, del Ministerio de Salud.

3° **PUBLÍQUESE** un extracto de esta resolución en un diario de circulación nacional, sin perjuicio de su difusión a través de los sitios web de cada uno de los Servicios de Salud del país y del Ministerio de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD DE DEL RELONCAVI

DISTRIBUCIÓN

Universidad San Sebastián, Puerto Montt.
Dirección Hospital Puerto Montt.
Directores Servicios de Salud (29)
Departamento de Jurídica SSSDR
Subdirección Recursos Humanos DSS
Departamento de Capacitación Hospital de Puerto Montt.
Departamento de Gestión de las Personas SSSDR.
Departamento de Capacitación y Formación SSSDR (2).
Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua – Ministerio de Salud
Oficina de Partes.
Archivo
ID: 4637926