**ANEXO A: CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**“Bases proceso de selección para cargos a contrata en los Servicios de Salud que indica, para cirujano dentista de la ley N°19.664, asimilados a nivel I Etapa Planta Superior”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Especialidad** |  |
| **Preferencia N° 1 de cargo al postular (solo referencial)** |  |

Timbre Departamento de Gestión de las Personas

División de Gestión de Redes Asistenciales

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**ANEXO B: Formulario de postulación y documentación entregada para proceso de selección de cargos ley N°19.664**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentos** | **N° Hojas (cantidad de certificados más anexo)** |
| **Admisibilidad** | |
| Copia cédula de identidad (copia simple). |  |
| Certificado de título de cirujano dentista (copia legalizada). |  |
| Certificado de título de especialista o de egreso del Programa de especialización. |  |
| Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. |  |
| Declaración Jurada simple completa y firmada. (Anexo C) |  |
| Certificado de antigüedad o relación de servicio. |  |
| **Rubros** | |
| Experiencia Calificada |  |
| Investigaciones en la especialización |  |
| Capacitación |  |
| Nota de Título de especialista o de egreso |  |
| Fecha de término de programa de especialización |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL PROCESO DE SELECCIÓN, PARA LO CUAL FIRMO**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO C: DECLARACION JURADA SIMPLE**

Yo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUN N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro conocer y no estar afecto a alguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los arts. 54° y 56 del texto vigente de la Ley N°18.575 y 85° de la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, ni a las demás previstas en la legislación vigente.

De igual manera declaro estar en conocimiento y cumplir con los requisitos de ingreso a la Administración Pública pertinentes, indicados en la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, art. 12° letras a), b), c), d), e) y f). En particular, además declaro tener salud compatible con el desempeño del cargo al que postulo, no haber cesado en un cargo público según el artículo 12°, letra e), de la Ley N°18.834, ni estar inhabilitado para ejercer funciones en cargos públicos, ni hallarme condenado por crimen o simple delito.

Además, declaro estar en conocimiento de las presentes bases y me hago responsable de la veracidad de la documentación presentada para esta postulación.

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

FIRMA

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO D: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud/ Institución (privada /pública)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas**  **Desde / Hasta**  **(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO E: CURSOS DE CAPACITACIÓN,**

**PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

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

1. **CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado que se adjunte.

**Duplicar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **N° HRS.**  **PEDAG.** | **N° HRS.**  **CRONO.**  **(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **FECHA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo**  **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO F: TRABAJOS DE INVESTIGACION EN LA ESPECIALIZACIÓN**

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

**NOTA: Duplicar esta página cuando sea necesario.**

Antecedentes por investigación:

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO G: CERTIFICADO EDF ART 8°LEY N°19.664**

**(Solo para postulantes que tengan o hayan tenido la calidad de profesional funcionario Etapa Destinación y Formación (EDF) contratado por el artículo 8° de la Ley N°19.664)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jefe de Personal del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que el profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUN N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ingresó a la Etapa de Destinación y Formación contratado por el artículo 8° el \_\_(DD.MM.AAAA), y finalizó esta etapa el \_\_(DD.MM.AAAA)\_ (o su nombramiento como EDF art 8° encuentra vigente a la fecha).

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

FIRMA Y TIMBRE

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO H: FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

**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 factores y/o subfactores de evaluación:

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| FACTOR N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

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

**Nombre, Firma y RUT (del postulante)**

**NOTA**:

1. Se puede Apelar tanto por un factor como por todos ellos

2. Para que la Apelación sea evaluada, 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.**