##### II.- ANEXOS

ANEXO Nº1

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación de las Bases de Postulación | 29/10/2021 |
| Recepción de antecedentes (hasta las 16:00 hrs. del 11/11/2021)  | Desde el 29/10/2021 al 11/11/2021 |
| Comisión Evaluación | Desde el 12/11/2021 al 15/11/2021 |
| Puntajes Provisorios | 16/11/2021 |
| Recepción de Reposición con Apelación en Subsidio (hasta las 16:00 hrs. del 23/11/2021) | Desde el 17/11/2021 al 23/11/2021 |
| Comisión de Reposición con Apelación en Subsidio | Desde el 24/11/2021 al 25/11/2021 |
| Puntajes Definitivos | 26/11/2021 |
| Llamado A Viva Voz de las Becas | 29/11/2021 |
| Inicio de funciones | 01/12/2021 |

**ANEXO N° 2**

CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN

AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono 1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

**TIMBRE**

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

**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 N°1 “cronograma”. El formulario debe enviarse de manera digital, luego, la Unidad de Formación y Becas del Servicio le hará llegar una copia de respaldo de la recepción de este formulario, con fecha y timbre de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del Servicio de Salud. Solo se considerará válido el formulario que cuente con dicho respaldo de recepción.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

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

**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 4

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

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

**ANEXO Nº 5**

# FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

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

**NOTA:** Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. PEDAGÓGICAS | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ANEXO N° 6

Formato de carta de Presentación de Reposición con Apelación en Subsidio

**DRA.**

**CARMEN ARAVENA CERDA**

**DIRECTORA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR**

**PRESENTE**

 Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION CON APELACIÓN EN SUBSIDIO:** |
| ADMISIBILIDAD |  | 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 con Apelación en Subsidio 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 carpeta de postulación.

**ANEXO Nº 7**

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* No haber completado una beca de especialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No haber abandonado una beca de especialidad, financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud, por renuncia fuera del plazo legal o desvinculación, a excepción de lo establecido en el artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud. Debe adjuntar Resolución que acredite la excepción emitida por la Subsecretaría o el Servicio de Salud respectivo.

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

 **FIRMA POSTULANTE**

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

**FECHA**

**ANEXO Nº 8.**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

1. **Identificación**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  |

1. **Detalle de documentación entregada**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **N° ORDEN** | **DOCUMENTACIÓN** | **N° DE HOJAS EN CARPETA DE POSTULACIÓN** |
| **ADMISIBILIDAD** | 1 | Anexo 3. Formulario de Postulación |  |
| 2 | Fotocopia simple de Cédula de Identidad por ambos lados |  |
| 3 | Certificado de Residencia Definitiva, en caso que corresponda. |  |
| 4 | Certificado de Calificación Médica Nacional (CMN) |  |
| 5 | Certificado de Inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud  |  |
| 6 | Certificado de aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM).  |  |
| 7 | Certificado de Relación de Servicio o Certificado Municipal que acredite antigüedad requerida en las presentes Bases de Postulación. |  |
| 8 | Currículum Vitae |  |
| 9 | Anexo 7. Declaración Jurada Simple |  |
| **RUBRO 1: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL** | 10 | Certificado de Calificación Médica Nacional (CMN) |  |
| **RUBRO 2: EUNACOM** | 11 | Certificado de EUNACOM |  |
| **RUBRO 3: TRABAJOS CIENTÍFICOS** | 12 | Anexo 4 y sus respaldos |  |
| **RUBRO 4: CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO** | 13 | Anexo 5 y sus respaldos |  |

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

FIRMA DEL POSTULANTE