|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2** |

**CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES

**“PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES INGRESO 2019”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud y/o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento (s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo Electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Beca de Especialización a la cual postula** |  |

**Timbre**

**Oficina de Partes**

**Servicio de Salud Magallanes**

**Nota:** El postulante deberá conservar una copia del presente anexo, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo N°1 “Cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Magallanes.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**“PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES INGRESO 2019”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN** | | | |
| **N° de Folio** |  | **Nº Meses de Antigüedad** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACION DE DESEMPEÑO** | | | | | | |
| Servicio de Salud y/o Municipalidad |  | | | | | |
| Establecimiento (s) de Desempeño |  | | | | | |
| Dirección Institucional |  | | | | | |
| Contrato vigente (indicar con una X la Ley que rige su contrato) | 19.378 |  | 19.664 |  | 15.076 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| Nombre Completo |  |
| Cedula de Identidad |  |
| Dirección Particular |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Correo Electrónico |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Se acoge a la rebaja de 1 año de desempeño previo, resoluciones Nº 747 y Nº 876 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, para postular a cupo de las especialidades:   * Medicina Interna * Salud Pública * Obstetricia y Ginecología * Psiquiatría Adulto * Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia * Medicina de Urgencia * Pediatría   **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 Nº 4** |

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Rut** |  |
| **Servicio de Salud o Municipalidad (empleador)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexo** | **N° de Hojas Enviadas** |
| Carátula de presentación de la postulación | 2 |  |
| Formulario de Postulación | 3 |  |
| Detalle de la Documentación Entregada | 4 |  |
| Copia simple de la cedula de identidad o certificado de residencia definitiva en Chile si corresponde | - |  |
| Certificado de inscripción en el registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud | - |  |
| Declaración Jurada Simple | 5 |  |
| RUBRO 1: Calificación Médica Nacional  Certificado de egreso extendido por la Universidad respectiva, que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN) | - |  |
| RUBRO 2: EUNACOM  Certificado de aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) | - |  |
| RUBRO 3: Trabajos Científicos  Formulario Trabajos Científicos | 6 |  |
| RUBRO 4: Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento  Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | 7 |  |
| RUBRO 5: Desempeño Laboral y/o Asistencial  Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio. | 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 5** |

**DECLARACION JURADA SIMPLE**

Yo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún otro Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio de Salud 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 25º del Decreto Supremo Nº 507/1990 del Minsal (caso para el cual debe adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

**FIRMA POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 6** |

**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 7** |

**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. PEDAGOGICAS** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 8** |

**FORMULARIO DESEMPEÑO LABORAL Y/O ASISTENCIAL**

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

**NOTA:** Completar Formulario de acuerdo al orden de los certificados adjuntos.

Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTABLECIMIENTO** | **LEY (19.378/ 19.664/ 15.076)** | **JORNADA (44, 33, 22, 11, 28 HORAS)** | **FECHA INICIO (DD/MM/AA)** | **FECHA TERMINO**  **(DD/MM/AA)** | **Nº MESES DE ANTIGUEDAD** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 9** |

**FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE APELACION**

**DIRECTOR SERVICIO SALUD MAGALLANES**

**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):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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, NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.