**ANEXO Nº 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2020”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud** |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Estado Civil** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Universidad donde curso la Especialidad** |  |
| **Fecha Titulo Especialidad** |  |
| **Programa de Subespecialización al cual postula** |  |

**Timbre y Fecha**

**Depto. Capacitación y Formación**

**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 DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2020”**

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

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

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

**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** |  |
| **Establecimiento de desempeño (empleador)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| Carátula de presentación de postulación. | 2 |  |
| Formulario de Postulación. | 3 |  |
| Detalle de la Documentación entregada | 4 |  |
| Carta del respectivo Director del Establecimiento de desempeño del postulante, que Autorice el requerimiento de formarse en el Programa de Subespecialización solicitado, y que señale disponibilidad de horas de su dotación para contratación en jornada de 44 horas, si quedara seleccionado. | - |  |
| Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio. | \* |  |
| Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde. | - |  |
| Certificado de Título de Médico Cirujano Original o Fotocopia legalizada. | - |  |
| Certificado de egreso de la Especialidad o Certificado de título de Especialista o CONACEM aprobado, según corresponda. | - |  |
| Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. | - |  |
| Declaración Jurada Simple. | 5 |  |

**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**  **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL** |

El/La Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

El/La Dr./Dra. Se ha desempeñado en dicho establecimiento con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Contratado bajo la Ley N**º**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se emite este certificado para ser presentado en el:

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES, INGRESO 2020”**

Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y Timbrada.

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

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE**

**SUBDIRECTOR/A DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 6**  **DECLARACION JURADA SIMPLE** |

**Yo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Rut**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo (Artículo 12 letra c del Estatuto Administrativo)
* No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por 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 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 debo adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).
* No encontrarme inhabilitado para postular, ser contratado, o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado por incumplimiento a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación de especialidad o incumplimiento de Periodo Asistencial Obligatorio.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo, al momento de postular.

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 7**  **FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE APELACION** |

**DIRECTOR/A 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:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

**Nombre, 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.