**II. ANEXOS**

**ANEXO N° 1: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **FECHA** |
| Publicación en Página Web Servicio Salud Magallanes link:  **<https://www.saludmagallanes.cl/cms/2789-2/>** | 06.08.2023 |
| Recepción de antecedentes hasta 12:00 hrs. del | 13.08.2023 |
| Comisión de Evaluación | 13.08.2023 |
| Publicación Puntajes Provisorios | 13.08.2023 |
| Recepción de Apelaciones hasta 12:00 hrs. | 14.08.2023 |
| Comisión de Apelación | 14.08.2023 |
| Publicación Puntajes Definitivos | 14.08.2023 |
| Otorgamiento de Patrocinio | 15.08.2023 |
| Inicio | Dependerá de cada Centro Formador considerando el inicio año 2023 |

El presente cronograma es referencial, puede sufrir modificaciones y/o ajustes por razones de fuerza mayor o de buen servicio, los que se comunicarán oportunamente a través de la página web del Servicio de Salud Magallanes <https://www.saludmagallanes.cl/cms/2789-2/> , banner “Concurso para Médicos y Odontólogos 2023”, entendiéndose así conocidas por todos los postulantes, por lo que se recomienda visitar regularmente dicho portal y realizar el seguimiento al proceso.

**ANEXO N° 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |
| **Nombre de Perfeccionamiento** |  |
| **Programa de Subespecialización al cual postula** |  |

**Timbre y Fecha**

**Oficina de Partes**

**Servicio de Salud Magallanes**

**Nota:** El postulante deberá conservar una copia del presente anexo, para acreditar en caso de 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. En caso de que los formularios enviaron mediante correo electrónico este se imprimirá para certificar el horario y fecha de entrega.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3**  **FORMULARIO DE SOLICITUD COMISION DE ESTUDIOS** |

**“BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN** | | | |
| **N° de Folio** |  | **N° Meses de Antigüedad** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | | | | |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | | | **Nombres** |
|  |  | | |  |
| **RUN:** | **Profesión** | | | **Grado:** |
| **Cargo:** | | | **Calidad Jurídica:** | |
| **Establecimiento:** | | | **Departamento:** | |
| **Nombre de la Actividad para realizar:** | | | | |
| **Funciones del Comisionado:** | | | | |
| **Correo institucional:** | | **Correo Personal:** | | |

|  |
| --- |
| **Antecedentes Comisión de Estudios** |
| Indicar objetivos en el cual se enmarca la pasantía: |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Pasantia: | |
| Objetivo del Viaje: | |
| Impacto en la gestión (indicar área específica): | |
| País: Canadá | Ciudad: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº días Actividad:** |  | Fecha Inicio |  | Fecha Término |  |







|  |  |
| --- | --- |
| **Compromiso de Replica**  (uso exclusivo del funcionario solicitante) | **Una vez finalizada la comisión de servicios, el funcionario se compromete a:** |
| Réplicas a equipo de trabajo: |
| Otro: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comisiones mayores a 3 meses** | a) La ausencia del funcionario afecta el normal funcionamiento de la Unidad |  | | | | |
| **SI** |  | **NO** |  |  |
|  | | | | |
| b) Es necesaria la designación de un reemplazante | **SI** |  | **NO** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Justificar respuesta anterior: | | | | | |
| c) Indicar Nombre, Profesión, Especialidad y Función del reemplazante: | | | | | |
| d) Indicar Nº de Profesionales en la Unidad y sus especialidades: | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitud de Mantención Remuneraciones | Total |  |
| Parcial (indicar %) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Detalle comisiones al exterior realizadas (últimos dos años)** | | | |
| Destino | Periodo | Motivo | Nº Oficio y fecha envío Informe de Cumplimiento |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorización** | | |
| **Director del**  **Establecimiento** |  | **Firma** |
| **Jefe Recursos Humanos** |  | **Firma** |
| **Jefe Directo** |  | **Firma** |
| **Interesado** |  | **Firma** |

**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 solicitud Comisión de Estudio | 3 |  |
| Detalle de la Documentación entregada | 4 |  |
| Carta de Jefatura directa especificando los médicos que cubrirán ausencia | - |  |
| Carta de Respaldo de la Subdirección Medica | - |  |
| Carta del respectivo Director del Establecimiento de desempeño del postulante, que Autorice el requerimiento de formarse en el Programa de Perfeccionamiento solicitado, y que señale disponibilidad de horas de su dotación para contratación en jornada de 44 horas, si quedara seleccionado. Acompañada de la carta de la Jefatura directa y Subdirección Medica. | - |  |
| Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio. | 5 |  |
| 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. | 6 |  |
| Declaración de Pertinencia | 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 N° 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° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se emite este certificado para ser presentado en el:

**BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664**

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

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

**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE**

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

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 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 25° del Decreto Supremo N° 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.

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

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

**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 N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO N° |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

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

**ANEXO 8**

**DECLARACIO DE PERTINENCIA**

|  |
| --- |
| **Razones que han determinado su interés en cursar el Programa indicado en esta Solicitud.**  **Expectativas generales respecto de su desarrollo profesional.** |
| **Impacto que tendría su formación en la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes.** |

JEFE DIRECTO

(Acredita que las funciones que realiza el funcionario son pertinentes con el curso al cual postula)

FIRMA POSTULANTE

(Compromiso de no desertar del curso en caso de ser seleccionado y da fe de la información entregada en el presente formulario)