

ANEXO B

**CARATULA DE PRESENTACION DE
POSTULACIÓN
“PROCESO DE SELECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN MEDICINA DE URGENCIA CON COMPROMISO
DE DEVOLUCIÓN EN EL SSMC AÑO 2023”**

Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Nombres	
Cédula de Identidad	
E-mail	
Establecimiento de desempeño	
Tipo de nombramiento: • Ley 19.664 (art. 9º) • Ley 19.378, Atención Primaria Municipal • Ley 15.076 cargo de 28 horas AP	

Timbre y Firma

Fecha: _____ **de 2023.**

Nota: El/la 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", sólo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas o área de RR.HH. del establecimiento de origen.

ANEXO C

FORMULARIO DE POSTULACIÓN, PERIODO 2023

N° de Folio

--	--	--

(Uso de la Comisión)

IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Apellido Paterno

--	--	--

Apellido Materno

--	--	--

Nombres

--	--	--

Correo electrónico: _____ Teléfonos: _____

Nacionalidad: _____ Fecha Nacimiento: _____

Universidad: _____ Fecha de Título: _____

Dirección particular: _____

DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:

Anexo	Descripción	N° de Documentos
B	Caratula de presentación de postulación	
C	Formulario de Postulación para acceso al programa de especialización año 2023	
D	Declaración jurada simple beca especialización en otro concurso	
N° 1.1	Desempeño en Urgencia y Camas Críticas (Ley 15.076)	
N° 1.2	Desempeño en la red de los Servicios de Salud (Art. 9 Ley N° 19.664 o Ley N° 19.378)	
N° 1.3	Certificado de Desempeño en establecimiento de Mediana complejidad con labores de APS	
N° 1.4	Resumen Desempeño Previo	
N° 1.5	Esquema de Antigüedad Funcionaria	
N° 2.1	Atención de Urgencia No Hospitalaria Desempeño en SAPU, SAPUR, SAR, SUR	
N° 2.2	Desempeño en Urgencia Hospitalaria	
N°3	Capacitación y perfeccionamiento	
N°4	Trabajos científicos o de investigación	

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

Fecha: _____ de 2023.

ANEXO D

DECLARACION JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACION EN OTRO CONCURSO

Yo _____, RUN_____ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio 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 N° 507/1990 o el Artículo 14° del Decreto N° 91/2001, según corresponda, del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

Firma Postulante

Fecha: _____ de 2023.

ANEXO N° 1.1

DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)

Servicio de Salud	
Establecimiento (Nombre del Hospital)	
Nombre del Postulante	
Fecha Inicio: ____/____/____ (dd/mm/aa)	Fecha Término: ____/____/____ (dd/mm/aa)
N° de horas contratadas:	
Fecha emisión anexo:	
Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador	

NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

Criterio de antigüedad para postular: Tener más de 4 y menos de 6 años de ejercicio profesional, contratados desde la fecha de titulación hasta el 31.05.2023. Si se tratare de profesionales chilenos titulados fuera del país, el plazo se contará desde la fecha en la que dicho título ha sido revalidado en Chile. (Profesionales **que desempeñen cargos de 28 horas de la ley 15.076**).

Adjuntar **Relación de Servicios y Hoja de Vida funcionaria** que permita verificar la antigüedad laboral y la existencia o no de permisos sin goce de sueldo.

(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de Salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)

ANEXO N° 1.2

DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664 o LEY N° 19.378)							
Servicio de Salud							
Nombre del Establecimiento							
Nombre de Postulante							
Cédula de Identidad							
Fecha Inicio contrato Art. N° 9 Ley 19.664 o Ley N°19.378 (dd/mm/aa)							
Fecha Término Contrato Art. N° 9 o Ley N°19.378 Ley 19.664 (dd/mm/aa)							
Antigüedad en el Servicio de Salud o Municipio	Años:		Meses:		Días:		
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio	11 horas		22 horas		33 horas		44 horas
	Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio		Fecha Inicio
	F. Término		F. Término		F. Término		F. Término
El/la profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)	Fecha Inicio		Fecha Terminó		N° total de días		
Registra medidas disciplinarias (marcar con "X" lo que corresponda)	No				SI (llenar recuadro siguiente)		
Medidas Disciplinarias aplicadas							
Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal							

***Se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.05.2023 para postular.**

ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.

NOTA: Se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

Adjuntar **Relación de Servicios y Hoja de Vida funcionaria** que permita verificar la antigüedad laboral y la existencia o no de permisos sin goce de sueldo.

ANEXO N° 1.3

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD
CON LABORES DE APS**

ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9

Fecha : _____

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud.....

Sr./Sra.....RUT.....

Certifica que el/la Dr.(a).....se ha
desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento

.....

Fecha inicio...../...../.....

Fecha de término...../...../.....

Firma del Subdirector(a) Médico(a) del SS

Timbre

Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.

Nota: Se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

Adjuntar **Relación de Servicios y Hoja de Vida funcionaria** que permita verificar la antigüedad laboral y la existencia o no de permisos sin goce de sueldo.

**ANEXO N°1.4
RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

LEY CONTRATACION	COMUNA	ESTABLECIMIENTO	INICIO (dd/mm/aa)	TERMINO (dd/mm/aa)
19.664				
19.378				
15.076				

Fecha: _____ de 2023.

ANEXO N°2.1

ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA

DESEMPEÑO EN SAPU – SAPUR - SAR - SUR

Servicio de Salud _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Número de Horas Desempeñadas: _____ Hrs.

**Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Número de Horas Desempeñadas: _____ Hrs.

**Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Fecha: _____ de 2023.

NOTA: El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

(Duplicar las veces que sea necesario)

ANEXO N°2.2

DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU

Servicio de Salud _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Número de Horas Desempeñadas: _____ Hrs.

**Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud _____

Nombre del Establecimiento _____

Nombre del Postulante _____

Cargo desempeñado _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término: _____ de _____ de _____

Número de Horas Desempeñadas: _____ Hrs.

**Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Fecha: _____ **de 2023.**

NOTA: El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

(Duplicar las veces que sea necesario)

ANEXO N°4
FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS AÑO 2023

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:

Tipo de trabajo	Cantidad
Trabajos publicados en Revistas con Comité Editorial.	
Trabajos comunicados en Congreso Científico.	

FIRMA

FECHA

ANEXO N° 5

**SRES.
COMISIÓN DE REPOSICIÓN
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):

Inadmisibilidad		Puntaje en Rubros	
-----------------	--	-------------------	--

Marcar con una X lo que corresponde

SOLICITUD DE REPOSICION:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					

Firma y RUT (del postulante)

NOTAS:

- Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
- Para que la Reposición 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.**
- Para Apelar necesariamente debe Reponer

(Duplicar las veces que sea necesario)

Fecha: _____ **de 2023.**

ANEXO N° 6

**SRES.
COMISIÓN DE APELACIÓN
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:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					

Firma y RUT (del postulante)

- Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
- Para que la impugnación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación. **NO SE EVALUARÁN DOCUMENTOS NUEVOS.**
- Para Apelar necesariamente debió haber presentado Reposición.

(Duplicar las veces que sea necesario)

Fecha: _____ **de 2023.**

ANEXO N° 7**ACEPTACIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2023**

Nombre Completo	
Run	
Dirección	
Teléfono de Contacto	
Email	
Establecimiento de desempeño	

Cupo Obtenido	
Universidad	
Duración	
Especialidad	

CONDICIONES DEL PROGRAMA
<p>Por la presente acepto el cupo del Programa de Especialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Ingreso al Programa de Especialización 2023, aceptando las condiciones que se señalan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Acepto cancelar la matrícula del Programa de Especialización, con posterior reembolso cuando el Servicio pague los aranceles.- Acepto las condiciones de la beca y pago de estipendios por el establecimiento al que se me asigne durante el periodo que dure la formación y el pago de los derechos arancelarios que corresponda al periodo de especialización.- Acepta la suscripción de Escritura Pública a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como especialista, en un establecimiento del Servicio Salud Metropolitano Central.
<p style="text-align: center;">_____ FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE</p>

ANEXO N° 8

FORMULARIO DE RENUNCIA AL CUPO DE ESPECIALIZACIÓN
CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL AÑO 2023

CUPO N° _____

APELLIDO PATERNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO MATERNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RUN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-

--	--

TELEFONO (Móvil o Fijo)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMAIL _____

SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO/MUNICIPALIDAD DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESPECIALIDAD TOMADA : _____

UNIVERSIDAD : _____

CAMPO CLINICO : _____

DURACION : _____

Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.

Firma Postulante

FECHA _____