**ANEXO B**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACIÓN**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SSMC AÑO 2024”**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbre y Firma**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**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° A “cronograma”, sólo se considerará valido 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** |

**N° de Folio**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN, PERIODO 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Apellido Materno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfonos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección particular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 2024 |  |
| **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 |  |
|  | Certificado de Calificación del desempeño del periodo anterior que se encuentre registrado |  |

**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 2024.**

**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 Nº 507/1990 o el Artículo 14° del Decreto Nº 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 2024.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)**  **ANEXO N° 1.1** | |
| 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 o ministro de fe 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 30.04.2024**. 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 Termino | | | 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 30.04.2024 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 2024.**

**ANEXO N°1.5**

**ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**

**Adjuntar tantos documentos de esquema como años de servicio que correspondan**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**ANEXO N°2**

**IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO**

El Jefe de Gestión de Personas , del establecimiento ……………………………………………………………….., certifica que el (la)Don/ña...........................................................................................................................

C.I. se encuentra contratado(a) en las condiciones establecidas en el art. 9° de la Ley 19.664/ Ley 19.378/ Ley 15.076 desde ..........................., hasta.

Además, certifico que el/la profesional: SI /NO cuenta con Permiso sin goce de sueldo:

Fecha de inicio......./....../........ Fecha de término...../....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio......./....../........ Fecha de término...../....../......... Nº total de días .............................

Fecha de inicio......./....../........ Fecha de término...../....../......... Nº total de días .............................

Asimismo, certifico que el/la profesional antedicho, registra /no registra medida Disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria. Dicha investigación sumaria o sumario administrativo se ordenó instruir por resolución N° …. de fecha…................................del establecimiento ...................................................................... resolviéndose la aplicación de la siguiente medida disciplinaria.............................

Cargo y Nombre Firma y Timbre

**FECHA**

**ANEXO N°3**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO AÑO 2024

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

**0**

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

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

\*\* Podrá acompañar reporte del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) firmado en cada una de sus páginas por Jefe de Capacitación del respectivo establecimiento o cada uno de los Certificados de la actividad (esto es válido para hacer efectiva la puntuación). Estos deben ser originales, digitalizados a color o legalizados ante notario o Ministro de Fe.

**FIRMA**

**FECHA**

**ANEXO N°4**

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS AÑO 2024**

**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 Nº 5**

**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 APELACIÓN:** | | | | | |
| 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)

* 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.**

**(Duplicar las veces que sea necesario)**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**ANEXO Nº 6**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Run |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
| Establecimiento de desempeño |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA | |
| 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 2024, aceptando las condiciones que se señalan:   * 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. | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** | |

**ANEXO Nº 7**

**FORMULARIO DE RENUNCIA AL CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL AÑO 2024**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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