**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etapas** | **Desde** | **Hasta** |
| Publicación de la convocatoria | 07/11/2024 | 07/11/2024 |
| Recepción de antecedentes | 07/11/2024 | 15/11/2024 |
| Revisión de antecedentes | 18/11/2024 | 19/11/2024 |
| Entrevista de Valoración Global | 20/11/2024 | 20/11/2024 |
| Publicación de nómina de puntajes provisorios | 20/11/2024 | 20/11/2024 |
| Recepción de apelaciones | 20/11/2024 | 22/11/2024 |
| Revisión de apelaciones | 25/11/2024 | 25/11/2024 |
| Publicación de puntajes definitivos | 25/11/2024 | 25/11/2024 |
| Ofrecimiento del cargo | 27/11/2024 | 27/11/2024 |
| Contratación y cierre de proceso | 01/12/2024 | 01/12/2024 |
| Asume Funciones | 02/12/2024 | |

**NOTA:**

La postulación y apelaciones deberán efectuarse a través del correo electrónico de **seleccion@redsalud.gob.cl**

**ANEXO B: DECLARACION JURADA SIMPLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro conocer y no estar afecto a alguna de las inhabilidades e incompatibilidades previstas en los arts. 54° y 56°del texto vigente de la Ley N°18.575 y 85° de la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, ni a las demás previstas en la legislación vigente.

De igual manera declaro estar en conocimiento y cumplir con los requisitos de ingreso a la Administración Pública pertinentes, indicados en la Ley N°18.834, Estatuto Administrativo, art. 12° letras a), b), c), d), e) y f), y en el art. 2°, número 3, letras a) o b) o c), de la Ley N°19.240.

Asimismo, declaro tener salud compatible con el desempeño del cargo al que postulo, no haber cesado en un cargo público según el artículo 12°, letra e), de la Ley N°18.834, ni estar inhabilitado para ejercer funciones en cargos públicos, ni hallarme condenado por crimen o simple delito.

Además, declaro estar en conocimiento de las presentes bases y me hago responsable de la veracidad de la documentación presentada para esta postulación.

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

FIRMA

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO C: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL PÚBLICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Salud/ Institución (pública)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas**  **Desde / Hasta**  **(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO D: COMPENDIO EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institución (privada)** | **Establecimiento** | **Horas contratadas** | **Fechas**  **Desde / Hasta**  **(DD/MM/AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO E: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

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

**CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado que se adjunte.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **N° HRS.**  **PEDAG.** | **N° HRS.**  **CRONO.**  **(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **FECHA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo**  **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Duplicar esta página cuando sea necesario.**

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO F: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN LA ESPECIALIDAD**

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

Antecedentes por investigación:

|  |
| --- |
| Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de revista o congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de publicación o de congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Duplicar esta página cuando sea necesario.**

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA POSTULANTE

**ANEXO G: CERTIFICADO EDF ART 8°LEY N°19.664**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Jefe de Personal del Servicio de Salud/Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que el profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ingresó a la Etapa de Destinación y Formación contratado por el **Art. 8° de la Ley 19.664** desde el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ y finalizando esta etapa el \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.

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

FIRMA Y TIMBRE

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota: Este anexo debe ser presentado solo por postulantes que hayan tenido la calidad de profesional funcionario Etapa Destinación y Formación (EDF) contratado por el artículo 8° de la Ley N°19.664.**

**ANEXO H: FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

**SRES. COMISIÓN DE APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de antecedentes de los siguientes factores y/o subfactores de evaluación:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADMISIBILIDAD** | |  | | | | |
| **Argumentación:** | | | | | | |
| **FACTOR N°** |  | | **Puntos otorgados** |  | **Puntos esperados** |  |
| **Argumentación:** | | | | | | |
| **FACTOR N°** |  | | **Puntos otorgados** |  | **Puntos esperados** |  |
| **Argumentación:** | | | | | | |
| **FACTOR N°** |  | | **Puntos otorgados** |  | **Puntos esperados** |  |
| **Argumentación:** | | | | | | |

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

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

**NOTA**:

1. Se puede apelar tanto por inhabilitación, por un factor como por todos ellos.
2. Para que la apelación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.
3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria a lo ya presentado en la carpeta de postulación. **No se considerará información ni documentación nueva, solo aclaratorio a lo ya presentado.**

**ANEXO I: ACEPTACION DEL CARGO**

**PROCESO LOCAL AÑO 2024**

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**NOMBRES**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APELLIDOS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFONO (MOVIL / FIJO)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCION**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **REGION**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARGO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JORNADA DE CONTRATACIÓN: 22 HORAS SEMANALES**

**FECHA INICIO DE FUNCIONES**: **01 de diciembre del 2024**

**DECLARO CONOCER LAS BASES DEL PROCESO DE CONCURSO LOCAL 2024, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N°\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL, Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:**

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

**FIRMA PROFESIONAL**

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO J: CARTA DE RENUNCIA AL CARGO**

## 

**NOMBRES**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APELLIDOS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RUN**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFONO (MOVIL / FIJO)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIO DE SALUD**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARGO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**FIRMA PROFESIONAL**

FECHA DE EMISION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_