**II ANEXOS**

**ANEXO Nº1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación página web SS TARAPACA | 31 de mayo de 2024 |
| Recepción de antecedentes  | 31 de mayo al 12 de junio de 2024 (hasta las 13:00 horas) |
| Comisión Revisora  | 13 junio de 2024 |
| Publicación de puntajes provisorios | 13 de junio de 2024 |
| Recepción de antecedentes para reposición (lunes a viernes hasta 16:00 horas) | 14 de junio 2024 |
| Comisión de Reposición | 16 de junio de 2024 |
| Publicación de puntajes definitivos | 16 de junio de 2024 (a partir de las 15 horas) |
| Llamado a viva voz | 17 de junio de 2024 Entre las 09:00 a las 13:00 horas |
| Adjudicación de becas | 17 de junio de 2023 a partir de las 17:00 horas |
| Inicio de beca  | 01 de julio de 2024 |

**ANEXO Nº2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD TARAPACA, INGRESO 2024”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

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

Timbre

Oficina de Partes

Servicio de Salud Tarapaca

**FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nota:** el 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”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la oficina de partes del Servicio de Salud Tarapaca

**ANEXO Nº3**

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 3.1**

**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) de Gestión Asistencial del Servicio de Salud…………………………….…………………..

Dr(a) Certifica que el/la

Dr.(a) se ha desempeñado

en labores de Atención Primaria en el establecimiento ……………………………………………………

Fecha inicio……….../.........../……….... Fecha de término…………../……….../………....

Firma

Subdirector Médico de casa de Establecimiento

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 de cada establecimiento en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el subdirector Médico de cada establecimiento según corresponda.

ta: 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.

**ANEXO Nº4**

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documentación** | **Anexos/Documentos** | **Uso exclusivo de Comisión de Evaluación** |
| **SI** | **NO** |
| Formulario de Postulación | **Anexo N° 3** |  |  |
| Fotocopia simple Cédula de Identidad y/o Certificado de Residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros. | **Cédula/ Certificado** |  |  |
| Certificado de Título legalizado | **Certificado** |  |  |
| Certificado de Inscripción en Registro de Prestadores Individuales de Salud. | **Certificado** |  |  |
| Certificado de egreso extendido por la Universidad respectiva, que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN), suscrito por el Secretario Académico o quien corresponda. Para los profesionales titulados en el extranjero se homologará a la nota de titulación.  | **Certificado** |  |  |
| Certificado de haber aprobado el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM).  | **Certificado** |  |  |
| Certificado de Desempeño en la Red Asistencial  | **Anexo N° 5** |  |  |
| Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento | **Anexo N° 6**  |  |  |
| Certificado de Trabajos de Investigación | **Anexo N°7** |  |  |
| Certificado de Actividades Docentes | **Anexo N°8** |  |  |
| Declaración Jurada Simple  | **Anexo N° 10** |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO Nº5**

**FORMULARIO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL**

El Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas del Servicio de Salud, Municipalidad, Hospital Institucional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

El (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en el Servicio de Salud o Municipalidad por un periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses.

Fecha de inicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y timbrada.**

Se emite este certificado para ser presentado en Concurso **“Proceso de selección de Becas de especialización con compromiso de devolución en establecimientos de Servicio de Salud TARAPACA ingreso 2023”**

**………………………………………………………**

**Nombre Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas del Servicio de Salud Tarapacá**

**Firma**

**Timbre**

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº6**

**FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | N° HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL HORAS (Cronológicas)** |  | **PUNTAJE** |  |

**ANEXO Nº7**

**FORMULARIO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACIÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACIÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACIÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACIÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TÍTULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACIOÓN:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

**ANEXO Nº8**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DOCENTES**

Universidad o CFTP donde se Desempeñó\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la autoridad Universitaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del/la Postulante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio de periodo académico** |  | **Fecha de término de periodo académico** | **Horas totales por periodo** | **Señale Actividades remuneradas****(SI-NO)** | **PUNTAJE (uso de la comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Nota: se deben llenar tantos certificados como relaciones con Universidades o CFTP tenga el postulante, los que se deben acompañar de los respectivos respaldos en original o fotocopia legalizada ante notario.**

**………………………………………………………**

**Firma (Autoridad Universitaria)**

**Timbre**

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº9**

Formato de carta de Presentación de Reposición

**SRES.**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN SST**

**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)

**NOTA**:

* 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.

**ANEXO Nº10**

Formato de carta de Apelación

**SRA.**

**XXXXXXXXXXX**

**DIRECTORA SERVICIO DE SALUD TARAPACA**

**PRESENTE**

 Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APELACION:** |
| 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)

**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 aceptarán documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.

**ANEXO Nº11**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo (Artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo).
* No estar sometido a investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o 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 haber sido e 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° 1/19653 del 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No haber tomado una Plaza o Beca de Especialización en algún proceso de selección, realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiad o por el Ministerio o por los Servicios de Salud.

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N°12**

**DECLARACION JURADA SIMPLE BECA PROCESO ANTERIOR**

 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

**ANEXO Nº13**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE BECA PARA ESPECIALIZACIÓN AÑO 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUN  |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Email |  |
|  |  |
| Cupo Beca obtenido |  |
| Universidad a la cual postula |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA |
| Por el presente acepto el cupo de Beca para el Programa de especialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases del Concurso local de especialización 2023, aceptando las condiciones que se señalan:* Acepto las condiciones de contrato establecidas por el Servicio de Salud Tarapaca, por el periodo que dure la formación y el pago de los derechos arancelarios que corresponda al periodo de especialización.
* Acepto la suscripción de una Escritura Pública, por el valor calculado en base a la normativa vigente, a fin de garantizar la obligación de devolver mi formación, como especialista, en un establecimiento hospitalario del Servicio de Salud del Tarapaca.
 |
| FIRMA Y RUT DEL/LA POSTULANTE |