**ANEXOS CONCURSO PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2025 PARA MÉDICOS CIRUJANOS REGIDOS POR EL ARTÍCULO 9 DE LA LEY Nº19.664, POR LA LEY Nº19.378 POR LA LEY Nº15.076, CON DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD TARAPACA”**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA** | **INICIO** | **FIN** |
| PUBLICACION AVISO | 10/04/2025 | 17/04/2025 |
| LLAMADO A CONCURSO y POSTULACION | 10/04/2025 | 17/04/2025 |
| COMISION DE SELECCION | 23/04/2025 | 23/04/2025 |
| PUBLICACION PUNTAJES PROVISORIOS (Después del mediodía) | 23/04/2025 | 23/04/2025 |
| RECEPCION DE REPOSICIONES C/APELACION EN SUBSIDIO | 24/04/2025 | 25/04/2025 |
| COMISION DE REPOSICION (A las 17:00 horas) | 28/04/2025 | 28/04/2025 |
| PUBLICACION PUNTAJES PROVISORIOS CON REPOSICION | 29/04/2024 | 29/04/2025 |
| RECEPCION DE APELACIONES (Hasta las 12:00 horas del día) | 30/04/2025 | 02/05/2025 |
| COMISION DE APELACION: | 02/05/2025 | 02/05/2025 |
| PUNTAJE DEFINITIVO Y PUBLICACIÓN DE BECAS (A las 15:00 horas) | 02/05/2025 | 02/05/2025 |
| 1ER LLAMADO A VIVA VOZ (A las 17:00 horas) | 02/05/2025 | 02/05/2025 |
| ACEPTACIONES DE CUPO 1ER LLAMADO (a través de correo electrónico) | 02/05/2025 | 02/05/2025 |
| ASUME FUNCIONES BECAS | 05/05/2025 | 05/05/2025 |

**Si no hay reposiciones C/ apelación) el calendario se procede a adelantar el proceso**

**de publicación de puntaje definitivo al 24/04/2025, el 25/04/2025 sería el primer**

**llamado a viva voz y el 28/04/2025 aceptación de cupo del primer llamado.**

**ANEXO B: FORMATO CARTA DE IMPUGNACIÓN**

**SR. SUBDIRECTOR DE GESTION ASISTENCIAL**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

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

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

RUBRO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**puntos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_puntos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

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

RUBRO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **\_\_\_\_\_\_**puntos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_puntos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

**\_**

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

En el evento de no acogerse la reposición, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

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

**Nombre, RUT y Firma**

(del postulante)

**NOTA**:

* Se puede reponer/apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición/Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.

**ANEXO C: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE BECA ESPECIALIZACIÓN EN OTRO PROCESO DE SELECCIÓN.**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por los Servicios de Salud.

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

Firma Postulante

**En caso de haber renunciado a un programa de especialización, no debe presentar este Anexo, sino la Resolución del Servicio de Salud que acepte la renuncia y autorice a participar de un nuevo proceso.**

**ANEXO D: FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD**

**PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL SERVICIO DE SALUD TARAPACA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO ACTUAL:** | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | |
| **SERVICIO DE SALUD** |  | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | **15.076** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL** | |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **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 E: FORMULARIO DE ACEPTACION DE CUPO**

**NOMBRES:**

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

**APELLIDOS:**

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

**CÉDULA DE IDENTIDAD: TELEFONO (MOVIL / FIJO)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**UNIVERSIDAD DE EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AÑO DE EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

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

**ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAMPO CLINICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO)**

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

**DURACION PAO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**EL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD TIENE LA ATRIBUCION LEGAL PARA ORGANIZAR LA RED ASISTENCIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SANITARIAS, POR LO QUE PODRÍA CAMBIAR EL ESTABLECIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE ACUERDO A LA NECESIDAD DE LA RED.**

**DECLARO CONOCER LAS BASES DEL PROCESO DE SELECCIÓN LOCAL 2025, SEGÚN RESOLUCIÓN EXENTA N° XXX DEL XX DE ABRIL DE 2025 Y ME SOMETO A LAS CONDICIONES DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO, PARA LO CUAL FIRMO:**

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

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**IQUIQUE, XX DE ABRIL DE 2025**

**ANEXO F: FORMATO FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**TELÉFONO (Móvil o Fijo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**TELÉFONO ALTERNATIVO DE CONTACTO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE PAO :**

**ESTABLECIMIENTO :**

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

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

**FIRMA POSTULANTE**

**IQUIQUE, XX DE ABRIL DE 2025**

**ANEXO G: INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN.**

1. **INTRODUCCIÓN**

Las postulaciones que cumplan con los requisitos establecidos en las presentes bases de selección y que aprueben el examen de admisibilidad, serán evaluadas de la siguiente forma:

|  |  |
| --- | --- |
| **RUBROS A CALIFICAR EN EL PROCESO** | **PUNTOS** |
| **Desempeño Asistencial y/o Laboral** | |
| **Rubro 1: Antigüedad Laboral**   * 1. Desempeño en Urgencia, Camas Criticas y SAMU (Ley N° 15.076)   2. Desempeño en Servicios de Salud (Art. 9 Ley N° 19.664)   3. Desempeño en Municipio (Ley N°19.378) | 30 |
| **Rubro 2: Actividad Laboral complementaria**   * 1. Desempeño en SAPU, UOP, SAPUR, SAR, SUR   2. Extensión horaria   3. Desempeño en Urgencia Hospitalaria y/o SAMU   4. Desempeño en Camas Críticas | 7 |
| **Rubro 3: Funciones de Responsabilidad** | 10 |
| **Rubro 4: Calificación Médica Nacional (CMN)** | 7 |
| **Rubro 6: Actividades de Formación Continua** | 20 |
| **Rubro 7: Investigación y Docencia** | 16 |
| **Total** | 90 |

1. **DOCUMENTACION**

**RUBRO 1. ANTIGÜEDAD LABORAL (PUNTAJE MAXIMO 30,00)**

El postulante en este rubro debe presentar el anexo correspondiente y el Anexo 1.5 (Resumen Desempeño previo) y Anexo 1.6 (Esquema de antigüedad funcionaria), acompañados por los certificados de respaldo a la información contenida en ellos.

En caso de que un postulante llegase a la etapa de Apelación en este rubro con puntaje cero, la Comisión de Apelación podrá declarar la postulación como inadmisible.

Se considerará la antigüedad cumplida como médico al 31.03.2025.

Para las postulaciones donde el título provenga de los países integrantes del Convenio Andrés Bello (Brasil, Uruguay, Colombia, y Ecuador) y Convenio Bilateral con Argentina, se considera antigüedad desde la fecha en que regularizó su título en Chile (verificar en Certificado de Superintendencia de Salud). Para los demás postulantes con títulos de Universidades extranjeras, se considera desde la fecha de aprobación del EUNACOM.

Se otorgará puntaje desde un mínimo de 12 meses (correspondientes a 6 puntos) hasta un máximo de 30,00 puntos que se alcanza a los 60 meses (se otorgará un puntaje por cada mes desde los 12 meses de 0,5 puntos), correspondiente a jornada de 44 horas semanales. Los días sin goce de sueldo, deberán ser descontados.

Para efectos de la aplicación del artículo 5°inciso 1° del D.S. 91/2001, en el caso de los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad, requieren una certificación del subdirector Médico del Servicio de Salud, en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. En consecuencia, estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el subdirector Médico del Servicio de Salud, acompañado del Anexo 1.4.1.

a) Aquellos profesionales que se hayan desempeñado los dos últimos años consecutivos con el mismo empleador o comuna, se les bonificará en un 50% ese tiempo servido, correspondiente a 12 meses de bonificación, la misma que se asignará a la jornada laboral del último contrato que presente.

● Cada postulante deberá incorporar a sus antecedentes una copia de la hoja de vida funcionaria y Relación de Servicio o Certificado de Relación de Servicio del (los) establecimiento (s) en que se haya desempeñado durante su permanencia en la APS, firmada por el Jefe de Personal o quien desempeñe ese cargo en el Servicio de Salud.

● Los COSAM pueden ser considerados establecimientos de APS, siempre que los postulantes desempeñen funciones atingentes a atención primaria, lo que deberá quedar explícito en el certificado firmado por el director (a) del COSAM.

● El contrato debe ser vigente, independiente a la cantidad de horas contratadas (se otorga puntaje proporcional a 44 horas.)

● Para los profesionales que cuenten con dos contratos vigentes en el mismo periodo que superen las 44 horas. (22/28) se evaluará este Rubro asignando puntaje al tiempo máximo de 44 horas

No disminuyen la antigüedad las licencias médicas curativas y maternales.

El puntaje del Rubro Nº1 se calculará en función a 44 horas contratadas; si es una jornada inferior, se aplicará la Tabla N°1 Jornada de Trabajo, en proporción a las horas contratadas.

Si existe diferencia entre lo informado en el anexo y los certificados de respaldo en relación al contrato, se evaluará con puntaje cero. El postulante podrá aclararlo en la próxima etapa, sin ser estos considerados documentación nueva, sino aclaratoria o complementaria. En caso de llegar a la etapa de apelación con puntaje cero en este rubro, dicha Comisión declarará inadmisible la postulación.

**1.1 DESEMPEÑO EN URGENCIA, CAMAS CRÍTICAS Y SAMU (LEY N° 15.076)**

i. El postulante debe presentar el Anexo N°1.1 acompañado por las acreditaciones de respaldo correspondientes: Hoja de vida funcionaria o Relación de Servicio, con firma, timbre y cargo del encargado de personal o subdirector de Gestión de las Personas del establecimiento correspondiente.

ii. El certificado otorgado debe contener Ley bajo la cual está contratado, fecha de inicio y término (día/mes/año), jornada laboral, tiempo de permiso sin goce de remuneraciones.

iii. El tiempo de permiso sin goce de remuneraciones y tiempo en formación no se contabilizará para la asignación del puntaje correspondiente al tiempo de desempeño de que se trata.

iv. El tiempo de desempeño en cualquiera de los Servicios de Salud será sumado entre sí hasta el 31.03.2025, para lo cual el postulante deberá haberse desempeñado como profesional en forma continua.

v. Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos dentro del mismo mes calendario, para alcanzar el puntaje de un mes completo.

vi. No se considerará para el cómputo de antigüedad en este rubro el tiempo desempeñado en centros de Atención Primaria, bajo contrato Ley 19.378.

**1.2 DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)**

i. El postulante debe presentar el Anexo N°1.4 y/o Anexo N°1.4.1, ambos acompañados por las acreditaciones de respaldo correspondientes: Relación de Servicio y Hoja de Vida funcionaria del o los establecimientos en que se haya desempeñado, con firma, timbre y cargo de la autoridad que represente al Servicio de Salud (subdirector de RR. HH. O jefe de Personal).

ii. El certificado debe contener la Ley bajo la cual está contratado, fecha de inicio y término (día/mes/año), jornada laboral, tiempo de permiso sin goce de remuneraciones y medidas disciplinarias si correspondiere.

iii. El tiempo de permiso sin goce de remuneraciones y tiempo en formación no se contabilizará para la asignación del puntaje correspondiente al tiempo de desempeño de que se trata.

iv. Se otorgará puntaje por haber ejercido como Médico Cirujano contratado bajo el Art. 9° de la Ley N°19.664, en uno o más Centros de Atención Primaria, ya sea Municipal o de Servicios de Salud, hasta el 31.03.2025, para lo cual el postulante deberá haberse desempeñado como profesional por un tiempo continuo mínimo de 36 meses.

v. Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos dentro del mismo mes calendario, para alcanzar el puntaje de un mes completo.

vi. No se considerará para el cómputo de tiempo en este rubro el desempeñado en turnos o en urgencias.

vii. Los profesionales que se desempeñen en labores de APS en establecimientos de mediana complejidad (ex hospitales Tipo 3, según Res. Exenta N°646/2013 del Ministerio), deberán 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 (Art. 5° del D.S. 91/01).

a) En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10º del D.S. 91/2001, a los profesionales que se desempeñan o se hubieren desempeñado en la Atención Primaria de Salud Municipal, se les bonificará en este rubro el tiempo servido en estas condiciones en un 50%, independiente de la jornada contratada.

b) Aquellos profesionales que se hayan desempeñado los dos últimos años consecutivos con el mismo empleador o comuna, se les bonificará en un 50% ese tiempo servido, correspondiente a 12 meses de bonificación, de acuerdo con la jornada laboral del último contrato que presente.

Ambas bonificaciones a) y b) no son excluyentes entre sí.

viii. Los postulantes recibirán 0.50 puntos por cada mes trabajado hasta un máximo de 60 meses equivalente a 30 puntos como se muestra en la Tabla N°1.

ix. El puntaje de este rubro está en función de una jornada de 44 horas contratadas, en caso de ser inferior, el cálculo se realizará en forma proporcional a la jornada certificada, de acuerdo Tabla N°1

**1.3 DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N°19.378**

i. El postulante debe presentar el Anexo N°1.3, acompañado por las acreditaciones de respaldo correspondientes: Relación de Servicio, Hoja de Vida funcionaria o certificado equivalente de la APS Municipal del o los establecimientos en que se haya desempeñado, con firma, timbre y cargo de la autoridad que represente a la entidad administradora de Salud Municipal.

ii. El certificado debe contener Ley bajo la cual está contratado, fecha de inicio y término (día/mes/año), jornada laboral, tiempo de permiso sin goce de remuneraciones.

iii. El tiempo de permiso sin goce de remuneraciones no se contabilizará para la asignación del puntaje correspondiente al tiempo de desempeño de que se trata, como tampoco el periodo en que estuvo en algún programa de especialización.

iv. Se otorgará puntaje por haber ejercido como Médico Cirujano contratado bajo la Ley N°19.378, en uno o más Centros de Atención Primaria Municipal, hasta el 30.09.2024, para lo cual el postulante deberá haberse desempeñado como profesional por un tiempo continuo mínimo de 30 días.

v. Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos dentro del mismo mes calendario, para alcanzar el puntaje de un mes completo.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLA N°1 JORNADA DE TRABAJO** | | | | | |
| **MES** | **44 HORAS** | **33 HORAS** | **28 HORAS** | **22 HORAS** | **11 HORAS** |
| **1** | 0,50 | 0,38 | 0,32 | 0,25 | 0,13 |
| **2** | 1,00 | 0,75 | 0,64 | 0,50 | 0,25 |
| **3** | 1,50 | 1,13 | 0,95 | 0,75 | 0,38 |
| **4** | 2,00 | 1,50 | 1,27 | 1,00 | 0,50 |
| **5** | 2,50 | 1,88 | 1,59 | 1,25 | 0,63 |
| **6** | 3,00 | 2,25 | 1,91 | 1,50 | 0,75 |
| **7** | 3,50 | 2,63 | 2,23 | 1,75 | 0,88 |
| **8** | 4,00 | 3,00 | 2,54 | 2,00 | 1,00 |
| **9** | 4,50 | 3,38 | 2,86 | 2,25 | 1,13 |
| **10** | 5,00 | 3,75 | 3,18 | 2,50 | 1,25 |
| **11** | 5,50 | 4,13 | 3,50 | 2,75 | 1,38 |
| **12** | 6,00 | 4,50 | 3,82 | 3,00 | 1,50 |
| **13** | 6,50 | 4,88 | 4,13 | 3,25 | 1,63 |
| **14** | 7,00 | 5,25 | 4,45 | 3,50 | 1,75 |
| **15** | 7,50 | 5,63 | 4,77 | 3,75 | 1,88 |
| **16** | 8,00 | 6,00 | 5,09 | 4,00 | 2,00 |
| **17** | 8,50 | 6,38 | 5,41 | 4,25 | 2,13 |
| **18** | 9,00 | 6,75 | 5,72 | 4,50 | 2,25 |
| **19** | 9,50 | 7,13 | 6,04 | 4,75 | 2,38 |
| **20** | 10,00 | 7,50 | 6,36 | 5,00 | 2,50 |
| **21** | 10,50 | 7,88 | 6,68 | 5,25 | 2,63 |
| **22** | 11,00 | 8,25 | 7,00 | 5,50 | 2,75 |
| **23** | 11,50 | 8,63 | 7,31 | 5,75 | 2,88 |
| **24** | 12,00 | 9,00 | 7,63 | 6,00 | 3,00 |
| **25** | 12,50 | 9,38 | 7,95 | 6,25 | 3,13 |
| **26** | 13,00 | 9,75 | 8,27 | 6,50 | 3,25 |
| **27** | 13,50 | 10,13 | 8,59 | 6,75 | 3,38 |
| **28** | 14,00 | 10,50 | 8,90 | 7,00 | 3,50 |
| **29** | 14,50 | 10,88 | 9,22 | 7,25 | 3,63 |
| **30** | 15,00 | 11,25 | 9,54 | 7,50 | 3,75 |
| **31** | 15,50 | 11,63 | 9,86 | 7,75 | 3,88 |
| **32** | 16,00 | 12,00 | 10,18 | 8,00 | 4,00 |
| **33** | 16,50 | 12,38 | 10,49 | 8,25 | 4,13 |
| **34** | 17,00 | 12,75 | 10,81 | 8,50 | 4,25 |
| **35** | 17,50 | 13,13 | 11,13 | 8,75 | 4,38 |
| **36** | 18,00 | 13,50 | 11,45 | 9,00 | 4,50 |
| **37** | 18,50 | 13,88 | 11,77 | 9,25 | 4,63 |
| **38** | 19,00 | 14,25 | 12,08 | 9,50 | 4,75 |
| **39** | 19,50 | 14,63 | 12,40 | 9,75 | 4,88 |
| **40** | 20,00 | 15,00 | 12,72 | 10,00 | 5,00 |
| **41** | 20,50 | 15,38 | 13,04 | 10,25 | 5,13 |
| **42** | 21,00 | 15,75 | 13,36 | 10,50 | 5,25 |
| **43** | 21,50 | 16,13 | 13,67 | 10,75 | 5,38 |
| **44** | 22,00 | 16,50 | 13,99 | 11,00 | 5,50 |
| **45** | 22,50 | 16,88 | 14,31 | 11,25 | 5,63 |
| **46** | 23,00 | 17,25 | 14,63 | 11,50 | 5,75 |
| **47** | 23,50 | 17,63 | 14,95 | 11,75 | 5,88 |
| **48** | 24,00 | 18,00 | 15,26 | 12,00 | 6,00 |
| **49** | 24,50 | 18,38 | 15,58 | 12,25 | 6,13 |
| **50** | 25,00 | 18,75 | 15,90 | 12,50 | 6,25 |
| **51** | 25,50 | 19,13 | 16,22 | 12,75 | 6,38 |
| **52** | 26,00 | 19,50 | 16,54 | 13,00 | 6,50 |
| **53** | 26,50 | 19,88 | 16,85 | 13,25 | 6,63 |
| **54** | 27,00 | 20,25 | 17,17 | 13,50 | 6,75 |
| **55** | 27,50 | 20,63 | 17,49 | 13,75 | 6,88 |
| **56** | 28,00 | 21,00 | 17,81 | 14,00 | 7,00 |
| **57** | 28,50 | 21,38 | 18,13 | 14,25 | 7,13 |
| **58** | 29,00 | 21,75 | 18,44 | 14,50 | 7,25 |
| **59** | 29,50 | 22,13 | 18,76 | 14,75 | 7,38 |
| **60** | 30,00 | 22,50 | 19,08 | 15,00 | 7,50 |

**RUBRO 2. ACTIVIDAD LABORAL COMPLEMENTARIA (PUNTAJE MAXIMO 7,00)**

**SUB-RUBRO 2.1:** Atención Urgencia No Hospitalaria Desempeño en SAPU, SAPUR, SAR y SUR (**Anexo Nº2.1**)

**SUB-RUBRO 2.2:** Extensión Horaria (**Anexo Nº2.2**)

**SUB-RUBRO 2.3:** Desempeño en Urgencia Hospitalaria y/o SAMU (**Anexo Nº2.3**)

**SUB-RUBRO 2.4:** Desempeño en Camas Críticas (UCI – UTI) (**Anexo N°2.4**)

Este rubro está compuesto por cuatro (4) Sub-Rubros:

En este rubro se otorgará puntaje desde un mínimo de 360 horas hasta un máximo de 5.000 horas correspondientes a 7 puntos. Las horas acreditadas se evalúan con un puntaje de 0,0014 por hora al 100% o 50% de acuerdo con el sub rubro a evaluar.

En este rubro se otorgará puntaje por el desempeño en Atención de Urgencia no Hospitalaria: SAR, SAPU, SAPUR o SUR; además, de las actividades de Extensión Horaria. Servicios de Urgencia Hospitalaria, SAMU y Camas Críticas. Se considerará para el desempeño en este rubro, solamente las actividades realizadas en establecimientos de la red pública de salud. **No se considerará como actividad complementaria el desempeño realizado por contratación en esta función, puesto que el puntaje se encuentra otorgado en la antigüedad.**

Para otorgar puntaje en el rubro deberá certificar que lo ejerce fuera del horario contratado o jornada laboral contratada.

El puntaje máximo asociado a los sub-rubros 2.1 y 2.2 es de 7 puntos, los cuales no son excluyentes entre sí, es decir, se puede alcanzar el puntaje máximo en uno de ellos o como resultado de su complemento o suma en el mismo periodo.

El total de horas acreditado al sub-rubro 2.3 y 2.4 se evalúan en forma individual para el mismo periodo, los postulantes que acrediten estar contratados por la ley N°19.664 Art.9, podrán presentar las horas realizadas en servicio de urgencia hospitalaria, las cuales se evaluarán en forma individual en el periodo que acredite.

**No se considerará para este rubro el desempeñarse únicamente en constatación de lesiones.**

Los certificados deben ser emitidos por el correspondiente encargado de Sub Dirección de Gestión de Personas o Jefe de Personal o Jefe Departamento de Salud señalando el lugar de desempeño, período de tiempo indicando día, mes y año, y el total de horas cumplidas.

**Los certificados que no acrediten cantidad de horas totales al 31.03.2025, no se puntuarán.**

**Si existe diferencia entre lo acreditado en el certificado de respaldo en relación con la fecha de corte (31.03.2025), el postulante podrá aclararlo en la próxima etapa sin ser estos considerados documentación nueva, sino aclaratoria o complementaria.**

**SUB-RUBRO 2.1:** **Atención Urgencia No Hospitalaria Desempeño en SAPU, SAPUR, SAR y SUR (Anexo Nº 2.1)**

Para efectos de este sub-rubro, se considerará también el tiempo servido a honorarios o código del trabajo**.**

En este sub-rubro se otorgará puntaje por el desempeño en Atención de Urgencia no Hospitalaria: SAR, SAPU, SAPUR o SUR. Considerar la Unidad de Observación Prolongada UOP dependiente del SAPU.

Se considerará para el desempeño en este rubro, solamente las actividades realizadas en establecimientos de la red pública de salud.

El puntaje se evalúa mínimo desde 360 horas hasta las 5.000 horas en el periodo, siendo estas evaluadas al 100% de su puntaje por horas. Para el cumplimiento del mínimo de horas del rubro (360 horas) pueden ser sumativas con las horas del sub-rubro 2.2 evaluándose en el porcentaje que corresponde a cada sub-rubro. Certificar por mes las horas realizadas.

**SUB-RUBRO 2.2: Extensión Horaria (Anexo Nº 2.2)**

Para efectos de este sub-rubro, se considerará el tiempo servido a honorarios**.**

En este sub-rubro se otorgará puntaje por las horas desempeñadas en jornadas de Extensión Horaria en los diferentes centros de atención primaria.

El puntaje se evalúa mínimo desde 360 horas hasta las 5.000 horas en el periodo, siendo estas evaluadas al 50% de su puntaje por horas. Para el cumplimiento del mínimo de horas del rubro (360 horas) pueden ser sumativas con las horas del sub-rubro 2.1 evaluándose en el porcentaje que corresponde a cada sub-rubro. El certificado debe contener las horas por mes realizadas.

Las horas otorgadas en el sub-rubro 2.1 y 2.2 se podrán sumar para el cómputo del mínimo de horas requeridas; sin embargo, el puntaje se asignará de acuerdo con el porcentaje de cada sub-rubro, evaluando al 100% las horas Servicio de atención de Urgencia no Hospitalaria, y al 50% las horas de Extensión Horaria, con lo que se obtendrá el total de puntaje del rubro, es decir hasta 7 puntos máximo.

**Ejemplo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SAPU** | **Extensión Horaria** | **Total** |
| **Evaluación** | **100%**  **(0.0014)** | **50%**  **(0.0007)** |  |
| **Acreditación de Tiempo en horas** | **100 h** | **260 h** | **360 h** |
| **Ejercicio** | **100 h x 0.0014** | **260 h x 0.0007** |  |
| **Puntaje** | **0.14** | **0.182** | **0.322** |

**SUB-RUBRO 2.3: DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU (Anexo 2.3)**

Para efectos de este sub-rubro, se considerará el tiempo servido a honorarios**.**

Se otorgará puntaje por haber ejercido como médico en servicios de urgencia hospitalaria y considera a los médicos con desempeño en SAMU, bajo contrato Art. 9 Ley 19.664.

La actividad asistencial en servicios de urgencia se medirá en horas de desempeño, que deben ser certificadas por el respectivo encargado de la Sub-Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal, las cuales deben estar acompañadas por el Anexo N°2.3

Los certificados deben señalar el lugar de desempeño, período de tiempo indicando día, mes y año, y el total de horas cumplidas. **Los certificados que no acrediten cantidad total de horas no se puntuarán.**

Las horas acreditadas se evalúan con un puntaje de 0,0014 por hora al 100%

Por tanto, se otorgará puntaje desde un mínimo de 360 horas, correspondientes a 0,5 puntos; hasta un máximo de 5.000 horas, correspondientes a 7 puntos.

**SUB-RUBRO 2.4: DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI-UTI) (Anexo 2.4)**

Para efectos de este sub-rubro, se considerará el tiempo servido a honorarios o código del trabajo**.**

La actividad asistencial en camas críticas de Servicio Público (UCI-UTI) se medirán en horas de desempeño, las mismas que deben ser certificadas por el respectivo encargado de la Sub-Dirección de Recursos Humanos o Jefe de Personal o quien cumpla las funciones, las cuales deben estar acompañadas por el Anexo N°2.4

Los certificados deben señalar el lugar de desempeño, período de tiempo indicando día, mes y año, y el total de horas cumplidas. **Los certificados que no acrediten cantidad total de horas no se puntuarán. Deberá certificar que fueron realizadas fuera de la jornada contratada.**

En este sub rubro las horas acreditadas se evalúan con un puntaje de 0,0014 por hora al 100%, y se otorgará puntaje desde un mínimo de 360 horas, hasta un máximo de 5.000 horas, correspondientes a 7 puntos.

**RUBRO 3. FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD (PUNTAJE MAXIMO 10,00)**

Se considerará para el puntaje un mínimo de 6 meses para cada una de las funciones de responsabilidad. Se otorgará 0,2777 puntos a contar del séptimo mes hasta un máximo de 36 meses (correspondiente a un máximo de 10 puntos). Este puntaje está calculado en base al desempeño de responsabilidad con 100%.

Es deber del postulante determinar en anexo esquema sus mejores meses en Funciones de Responsabilidad (hasta un máximo de 36 meses).

En caso de que él o la profesional ejerzan la jefatura efectiva de programa o subprograma y que en su establecimiento tuviera un nombre distinto, esta situación deberá ser respaldada en carta adjunta firmada por las autoridades competentes. Se otorgará puntaje por el ejercicio de las funciones de responsabilidad que se indican, en la siguiente forma:

* 1. **Se otorgará el 100%** de puntaje por haber ejercido las funciones de:
     1. Jefe Comunal de Salud;
     2. Director del Establecimiento (Consultorio, Hospital, CESFAM, CDT, CRS, COSAM, SAMU);
     3. Director Subrogante del Establecimiento con desempeño efectivo, siempre que presente el Decreto de nombramiento o resolución respectiva.
  2. **Se otorgará el 75%** de puntaje por haber ejercido las funciones de:

1. Jefe de SAPU, SAPUR, SAR o SUR, encargado de estamento médico, Jefe de Territorio, Sector o CECOF.
2. Jefe de Turno Ley 15.076.
3. Subdirector de Establecimiento (Consultorio, Hospital, CESFAM, CDT, CRS, COSAM). Se otorgará puntaje en esta función directiva siempre que presente el Decreto de nombramiento o resolución.

**Se debe tener presente que:** El encargado de estamento médico, es equivalente a coordinador o jefe de estamento**.**

* 1. **Se otorgará el 50%** del puntaje por haber ejercido funciones a nivel comunal, consultorio o CESFAM:
     1. Jefe de Programa (Infantil, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, Mujer, Salud Mental).
     2. Jefe de Programa (Epidemiología, Farmacia, Botiquín, Promoción, Rehabilitación, Postrados o dependencia severa, Cardiovascular, Cuidados Paliativos, IRA, ERA, SON MAS).
     3. Médico contralor, encargado de Calidad.
  2. **Se otorgará el 25%** del puntaje por haber ejercido funciones de:

1. Encargado de otros programas y subprogramas a nivel de centros de salud.
2. Médico gestor de listas de espera, Médico encargado de Interconsultas, Médico Encargado GES, Médico encargado de Hospital Digital.

**Las actividades de asesorías, encargado técnico, jefe técnico o referente de programas o subprogramas no otorgan puntaje.**

La acreditación debe ser certificada por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o jefe de Personal, o jefe de Departamento de Salud, y acompañado de los **Anexos Nº3 y 3.1**

**Si hay simultaneidad temporal en los cargos de responsabilidad, se dará puntaje por máximo dos jefaturas, siendo consideradas las de mayor responsabilidad. Sólo se ponderará hasta un máximo de 100% por el periodo*.***

Se calculará en base a los 4 decimales y se realizará la suma de todas las Funciones Directivas y al valor final se deberá aproximar a 2 decimales, siguiendo la regla general de aproximaciones:

**Regla** 1: si la última cifra del número a redondear es menor que 5, no se modificará el último dígito. Por ejemplo: 5,5544 sería 5,55.

**Regla** 2: cuando la última cifra sea un 5 o superior, se aumentará el valor al siguiente número más próximo. Por ejemplo: 5,5566 se convertiría en 5,56.

**RUBRO 4. CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

Para profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas, debe presentar:

* Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional emitida por la Universidad en la cual estudió. (La Calificación Médica Nacional es la nota, con dos decimales, calculada según el acuerdo de ASOFAMECH de 1989. Esta nota no es equivalente necesariamente a la nota señalada en el certificado de título, la cual no se considera válida para otorgar puntaje).

No se aceptará la concentración de notas.

Para profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras, debe presentar:

* Certificado de Título emitido por la Universidad en la cual estudió, con nota final de Titulación.
* Certificado emitido por la respectiva Universidad, con escala de calificaciones que indique nota mínima y máxima de aprobación (requisito fundamental para obtener calificación, de lo contrario obtendrá 0,00 puntos en este rubro). La información puede estar contenida en un solo documento o en dos.

Para el cálculo del puntaje de este rubro se considerará la nota máxima en la escala de calificaciones y la nota de aprobación, determinando de acuerdo con este rango el puntaje que corresponde, según la nota de aprobación final del postulante.

Se presentan los siguientes ejemplos:

Estas tablas muestran la homologación de notas con escala de evaluación en el extranjero, la que debe ser llevada a tabla de régimen chileno para llegar al puntaje.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLA RUBRO 4 CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL CHILE** | | | | | | | | | |
| **NOTA MAXIMA 7,00 - BOTA APROBACIÓN 4,00** | | | | | | | | | |
| **CMN** | **PUNTAJE** | **CMN** | **PUNTAJE** | **CMN** | **PUNTAJE** | **CMN** | **PUNTAJE** | **CMN** | **PUNTAJE** |
| 4,00 | 0,02 | 4,61 | 1,24 | 5,22 | 2,45 | 5,83 | 3,67 | 6,44 | 4,88 |
| 4,01 | 0,04 | 4,62 | 1,26 | 5,23 | 2,47 | 5,84 | 3,69 | 6,45 | 4,90 |
| 4,02 | 0,06 | 4,63 | 1,28 | 5,24 | 2,49 | 5,85 | 3,71 | 6,46 | 4,92 |
| 4,03 | 0,08 | 4,64 | 1,30 | 5,25 | 2,51 | 5,86 | 3,73 | 6,47 | 4,94 |
| 4,04 | 0,10 | 4,65 | 1,32 | 5,26 | 2,53 | 5,87 | 3,75 | 6,48 | 4,96 |
| 4,05 | 0,12 | 4,66 | 1,34 | 5,27 | 2,55 | 5,88 | 3,77 | 6,49 | 4,98 |
| 4,06 | 0,14 | 4,67 | 1,36 | 5,28 | 2,57 | 5,89 | 3,79 | 6,50 | 5,00 |
| 4,07 | 0,16 | 4,68 | 1,38 | 5,29 | 2,59 | 5,90 | 3,81 | 6,51 | 5,02 |
| 4,08 | 0,18 | 4,69 | 1,40 | 5,30 | 2,61 | 5,91 | 3,83 | 6,52 | 5,04 |
| 4,09 | 0,20 | 4,70 | 1,42 | 5,31 | 2,63 | 5,92 | 3,85 | 6,53 | 5,06 |
| 4,1 | 0,22 | 4,71 | 1,44 | 5,32 | 2,65 | 5,93 | 3,87 | 6,54 | 5,08 |
| 4,11 | 0,24 | 4,72 | 1,46 | 5,33 | 2,67 | 5,94 | 3,89 | 6,55 | 5,10 |
| 4,12 | 0,26 | 4,73 | 1,48 | 5,34 | 2,69 | 5,95 | 3,91 | 6,56 | 5,12 |
| 4,13 | 0,28 | 4,74 | 1,50 | 5,35 | 2,71 | 5,96 | 3,93 | 6,57 | 5,14 |
| 4,14 | 0,30 | 4,75 | 1,52 | 5,36 | 2,73 | 5,97 | 3,95 | 6,58 | 5,16 |
| 4,15 | 0,32 | 4,76 | 1,54 | 5,37 | 2,75 | 5,98 | 3,97 | 6,59 | 5,18 |
| 4,16 | 0,34 | 4,77 | 1,56 | 5,38 | 2,77 | 5,99 | 3,99 | 6,60 | 5,20 |
| 4,17 | 0,36 | 4,78 | 1,58 | 5,39 | 2,79 | 6,00 | 4,01 | 6,61 | 5,22 |
| 4,18 | 0,38 | 4,79 | 1,60 | 5,40 | 2,81 | 6,01 | 4,03 | 6,62 | 5,24 |
| 4,19 | 0,40 | 4,8 | 1,62 | 5,41 | 2,83 | 6,02 | 4,05 | 6,63 | 5,26 |
| 4,2 | 0,42 | 4,81 | 1,64 | 5,42 | 2,85 | 6,03 | 4,07 | 6,64 | 5,28 |
| 4,21 | 0,44 | 4,82 | 1,66 | 5,43 | 2,87 | 6,04 | 4,09 | 6,65 | 5,30 |
| 4,22 | 0,46 | 4,83 | 1,68 | 5,44 | 2,89 | 6,05 | 4,11 | 6,66 | 5,32 |
| 4,23 | 0,48 | 4,84 | 1,70 | 5,45 | 2,91 | 6,06 | 4,13 | 6,67 | 5,34 |
| 4,24 | 0,50 | 4,85 | 1,72 | 5,46 | 2,93 | 6,07 | 4,15 | 6,68 | 5,36 |
| 4,25 | 0,52 | 4,86 | 1,74 | 5,47 | 2,95 | 6,08 | 4,17 | 6,69 | 5,38 |
| 4,26 | 0,54 | 4,87 | 1,76 | 5,48 | 2,97 | 6,09 | 4,19 | 6,70 | 5,40 |
| 4,27 | 0,56 | 4,88 | 1,78 | 5,49 | 2,99 | 6,10 | 4,21 | 6,71 | 5,42 |
| 4,28 | 0,58 | 4,89 | 1,80 | 5,50 | 3,01 | 6,11 | 4,23 | 6,72 | 5,44 |
| 4,29 | 0,60 | 4,9 | 1,82 | 5,51 | 3,03 | 6,12 | 4,25 | 6,73 | 5,46 |
| 4,30 | 0,62 | 4,91 | 1,84 | 5,52 | 3,05 | 6,13 | 4,27 | 6,74 | 5,48 |
| 4,31 | 0,64 | 4,92 | 1,86 | 5,53 | 3,07 | 6,14 | 4,29 | 6,75 | 5,50 |
| 4,32 | 0,66 | 4,93 | 1,88 | 5,54 | 3,09 | 6,15 | 4,31 | 6,76 | 5,52 |
| 4,33 | 0,68 | 4,94 | 1,90 | 5,55 | 3,11 | 6,16 | 4,33 | 6,77 | 5,54 |
| 4,34 | 0,70 | 4,95 | 1,92 | 5,56 | 3,13 | 6,17 | 4,35 | 6,78 | 5,56 |
| 4,35 | 0,72 | 4,96 | 1,94 | 5,57 | 3,15 | 6,18 | 4,37 | 6,79 | 5,58 |
| 4,36 | 0,74 | 4,97 | 1,96 | 5,58 | 3,17 | 6,19 | 4,39 | 6,80 | 5,60 |
| 4,37 | 0,76 | 4,98 | 1,98 | 5,59 | 3,19 | 6,20 | 4,41 | 6,81 | 5,62 |
| 4,38 | 0,78 | 4,99 | 2,00 | 5,60 | 3,21 | 6,21 | 4,43 | 6,82 | 5,64 |
| 4,39 | 0,80 | 5,00 | 2,02 | 5,61 | 3,23 | 6,22 | 4,45 | 6,83 | 5,66 |
| 4,4 | 0,82 | 5,01 | 2,04 | 5,62 | 3,25 | 6,23 | 4,47 | 6,84 | 5,68 |
| 4,41 | 0,84 | 5,02 | 2,06 | 5,63 | 3,27 | 6,24 | 4,49 | 6,85 | 5,70 |
| 4,42 | 0,86 | 5,03 | 2,08 | 5,64 | 3,29 | 6,25 | 4,51 | 6,86 | 5,72 |
| 4,43 | 0,88 | 5,04 | 2,10 | 5,65 | 3,31 | 6,26 | 4,53 | 6,87 | 5,74 |
| 4,44 | 0,90 | 5,05 | 2,12 | 5,66 | 3,33 | 6,27 | 4,55 | 6,88 | 5,76 |
| 4,45 | 0,92 | 5,06 | 2,14 | 5,67 | 3,35 | 6,28 | 4,57 | 6,89 | 5,78 |
| 4,46 | 0,94 | 5,07 | 2,16 | 5,68 | 3,37 | 6,29 | 4,59 | 6,90 | 5,80 |
| 4,47 | 0,96 | 5,08 | 2,18 | 5,69 | 3,39 | 6,30 | 4,61 | 6,91 | 5,82 |
| 4,48 | 0,98 | 5,09 | 2,20 | 5,70 | 3,41 | 6,31 | 4,63 | 6,92 | 5,84 |
| 4,49 | 1,00 | 5,1 | 2,22 | 5,71 | 3,43 | 6,32 | 4,65 | 6,93 | 5,86 |
| 4,5 | 1,02 | 5,11 | 2,24 | 5,72 | 3,45 | 6,33 | 4,67 | 6,94 | 5,88 |
| 4,51 | 1,04 | 5,12 | 2,26 | 5,73 | 3,47 | 6,34 | 4,69 | 6,95 | 5,90 |
| 4,52 | 1,06 | 5,13 | 2,28 | 5,74 | 3,49 | 6,35 | 4,71 | 6,96 | 5,92 |
| 4,53 | 1,08 | 5,14 | 2,30 | 5,75 | 3,51 | 6,36 | 4,73 | 6,97 | 5,94 |
| 4,54 | 1,10 | 5,15 | 2,32 | 5,76 | 3,53 | 6,37 | 4,75 | 6,98 | 5,96 |
| 4,55 | 1,12 | 5,16 | 2,34 | 5,77 | 3,55 | 6,38 | 4,77 | 6,99 | 5,98 |
| 4,56 | 1,14 | 5,17 | 2,36 | 5,78 | 3,57 | 6,39 | 4,79 | 7,00 | 6,00 |
| 4,57 | 1,16 | 5,18 | 2,38 | 5,79 | 3,59 | 6,40 | 4,81 |  |  |
| 4,58 | 1,18 | 5,19 | 2,40 | 5,80 | 3,61 | 6,41 | 4,83 |  |  |
| 4,59 | 1,20 | 5,2 | 2,42 | 5,81 | 3,63 | 6,42 | 4,85 |  |  |
| 4,60 | 1,22 | 5,21 | 2,44 | 5,82 | 3,65 | 6,43 | 4,87 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLA 4: TITULO OBTENIDO EN EL EXTRANJERO** | | | | | | | | | |
| **NOTA MAXIMA 7,00 - NOTA APROBACION 3,00** | | | | | | | | | |
| **NOTA HOMOLOGADA A NOTA CHILENA 7,00 A 4,00** | | | | | | | | | |
| **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** |
| 3,00 | 4,00 | 3,45 | 4,34 | 3,90 | 4,68 | 4,35 | 5,01 | 4,80 | 5,35 |
| 3,01 | 4,01 | 3,46 | 4,35 | 3,91 | 4,68 | 4,36 | 5,02 | 4,81 | 5,36 |
| 3,02 | 4,02 | 3,47 | 4,35 | 3,92 | 4,69 | 4,37 | 5,03 | 4,82 | 5,36 |
| 3,03 | 4,02 | 3,48 | 4,36 | 3,93 | 4,70 | 4,38 | 5,03 | 4,83 | 5,37 |
| 3,04 | 4,03 | 3,49 | 4,37 | 3,94 | 4,71 | 4,39 | 5,04 | 4,84 | 5,38 |
| 3,05 | 4,04 | 3,50 | 4,38 | 3,95 | 4,71 | 4,40 | 5,05 | 4,85 | 5,39 |
| 3,06 | 4,05 | 3,51 | 4,38 | 3,96 | 4,72 | 4,41 | 5,06 | 4,86 | 5,39 |
| 3,07 | 4,05 | 3,52 | 4,39 | 3,97 | 4,73 | 4,42 | 5,06 | 4,87 | 5,40 |
| 3,08 | 4,06 | 3,53 | 4,40 | 3,98 | 4,74 | 4,43 | 5,07 | 4,88 | 5,41 |
| 3,09 | 4,07 | 3,54 | 4,41 | 3,99 | 4,74 | 4,44 | 5,08 | 4,89 | 5,42 |
| 3,10 | 4,08 | 3,55 | 4,41 | 4,00 | 4,75 | 4,45 | 5,09 | 4,90 | 5,42 |
| 3,11 | 4,08 | 3,56 | 4,42 | 4,01 | 4,76 | 4,46 | 5,09 | 4,91 | 5,43 |
| 3,12 | 4,09 | 3,57 | 4,43 | 4,02 | 4,77 | 4,47 | 5,10 | 4,92 | 5,44 |
| 3,13 | 4,10 | 3,58 | 4,44 | 4,03 | 4,77 | 4,48 | 5,11 | 4,93 | 5,45 |
| 3,14 | 4,11 | 3,59 | 4,44 | 4,04 | 4,78 | 4,49 | 5,12 | 4,94 | 5,45 |
| 3,15 | 4,11 | 3,60 | 4,45 | 4,05 | 4,79 | 4,50 | 5,12 | 4,95 | 5,46 |
| 3,16 | 4,12 | 3,61 | 4,46 | 4,06 | 4,80 | 4,51 | 5,13 | 4,96 | 5,47 |
| 3,17 | 4,13 | 3,62 | 4,47 | 4,07 | 4,80 | 4,52 | 5,14 | 4,97 | 5,48 |
| 3,18 | 4,14 | 3,63 | 4,47 | 4,08 | 4,81 | 4,53 | 5,15 | 4,98 | 5,48 |
| 3,19 | 4,14 | 3,64 | 4,48 | 4,09 | 4,82 | 4,54 | 5,15 | 4,99 | 5,49 |
| 3,20 | 4,15 | 3,65 | 4,49 | 4,10 | 4,83 | 4,55 | 5,16 | 5,00 | 5,50 |
| 3,21 | 4,16 | 3,66 | 4,50 | 4,11 | 4,83 | 4,56 | 5,17 | 5,01 | 5,51 |
| 3,22 | 4,17 | 3,67 | 4,50 | 4,12 | 4,84 | 4,57 | 5,18 | 5,02 | 5,52 |
| 3,23 | 4,17 | 3,68 | 4,51 | 4,13 | 4,85 | 4,58 | 5,18 | 5,03 | 5,52 |
| 3,24 | 4,18 | 3,69 | 4,52 | 4,14 | 4,86 | 4,59 | 5,19 | 5,04 | 5,53 |
| 3,25 | 4,19 | 3,70 | 4,53 | 4,15 | 4,86 | 4,60 | 5,20 | 5,05 | 5,54 |
| 3,26 | 4,20 | 3,71 | 4,53 | 4,16 | 4,87 | 4,61 | 5,21 | 5,06 | 5,55 |
| 3,27 | 4,20 | 3,72 | 4,54 | 4,17 | 4,88 | 4,62 | 5,21 | 5,07 | 5,55 |
| 3,28 | 4,21 | 3,73 | 4,55 | 4,18 | 4,89 | 4,63 | 5,22 | 5,08 | 5,56 |
| 3,29 | 4,22 | 3,74 | 4,56 | 4,19 | 4,89 | 4,64 | 5,23 | 5,09 | 5,57 |
| 3,30 | 4,23 | 3,75 | 4,56 | 4,20 | 4,90 | 4,65 | 5,24 | 5,10 | 5,58 |
| 3,31 | 4,23 | 3,76 | 4,57 | 4,21 | 4,91 | 4,66 | 5,24 | 5,11 | 5,58 |
| 3,32 | 4,24 | 3,77 | 4,58 | 4,22 | 4,92 | 4,67 | 5,25 | 5,12 | 5,59 |
| 3,33 | 4,25 | 3,78 | 4,59 | 4,23 | 4,92 | 4,68 | 5,26 | 5,13 | 5,60 |
| 3,34 | 4,26 | 3,79 | 4,59 | 4,24 | 4,93 | 4,69 | 5,27 | 5,14 | 5,61 |
| 3,35 | 4,26 | 3,80 | 4,60 | 4,25 | 4,94 | 4,70 | 5,27 | 5,15 | 5,61 |
| 3,36 | 4,27 | 3,81 | 4,61 | 4,26 | 4,94 | 4,71 | 5,28 | 5,16 | 5,62 |
| 3,37 | 4,28 | 3,82 | 4,62 | 4,27 | 4,95 | 4,72 | 5,29 | 5,17 | 5,63 |
| 3,38 | 4,29 | 3,83 | 4,62 | 4,28 | 4,96 | 4,73 | 5,30 | 5,18 | 5,64 |
| 3,39 | 4,29 | 3,84 | 4,63 | 4,29 | 4,97 | 4,74 | 5,30 | 5,19 | 5,64 |
| 3,40 | 4,30 | 3,85 | 4,64 | 4,30 | 4,97 | 4,75 | 5,31 | 5,20 | 5,65 |
| 3,41 | 4,31 | 3,86 | 4,65 | 4,31 | 4,98 | 4,76 | 5,32 | 5,21 | 5,66 |
| 3,42 | 4,32 | 3,87 | 4,65 | 4,32 | 4,99 | 4,77 | 5,33 | 5,22 | 5,67 |
| 3,43 | 4,32 | 3,88 | 4,66 | 4,33 | 5,00 | 4,78 | 5,33 | 5,23 | 5,67 |
| 3,44 | 4,33 | 3,89 | 4,67 | 4,34 | 5,00 | 4,79 | 5,34 | 5,24 | 5,68 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLA 4: TITULO OBTENIDO EN EL EXTRANJERO** | | | | | | | |
| **NOTA MAXIMA 7,00 - NOTA APROBACION 3,00** | | | | | | | |
| **NOTA HOMOLOGADA A NOTA CHILENA 7,00 A 4,00** | | | | | | | |
| **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** |
| 5,25 | 5,69 | 5,70 | 6,03 | 6,15 | 6,36 | 6,60 | 6,70 |
| 5,26 | 5,70 | 5,71 | 6,03 | 6,16 | 6,37 | 6,61 | 6,71 |
| 5,27 | 5,70 | 5,72 | 6,04 | 6,17 | 6,38 | 6,62 | 6,72 |
| 5,28 | 5,71 | 5,73 | 6,05 | 6,18 | 6,39 | 6,63 | 6,72 |
| 5,29 | 5,72 | 5,74 | 6,06 | 6,19 | 6,39 | 6,64 | 6,73 |
| 5,30 | 5,73 | 5,75 | 6,06 | 6,20 | 6,40 | 6,65 | 6,74 |
| 5,31 | 5,74 | 5,76 | 6,07 | 6,21 | 6,41 | 6,66 | 6,75 |
| 5,32 | 5,75 | 5,77 | 6,08 | 6,22 | 6,42 | 6,67 | 6,75 |
| 5,33 | 5,76 | 5,78 | 6,09 | 6,23 | 6,42 | 6,68 | 6,76 |
| 5,34 | 5,76 | 5,79 | 6,09 | 6,24 | 6,43 | 6,69 | 6,77 |
| 5,35 | 5,77 | 5,80 | 6,10 | 6,25 | 6,44 | 6,70 | 6,78 |
| 5,36 | 5,78 | 5,81 | 6,11 | 6,26 | 6,45 | 6,71 | 6,78 |
| 5,37 | 5,79 | 5,82 | 6,12 | 6,27 | 6,45 | 6,72 | 6,79 |
| 5,38 | 5,79 | 5,83 | 6,12 | 6,28 | 6,46 | 6,73 | 6,80 |
| 5,39 | 5,80 | 5,84 | 6,13 | 6,29 | 6,47 | 6,74 | 6,81 |
| 5,40 | 5,81 | 5,85 | 6,14 | 6,30 | 6,48 | 6,75 | 6,81 |
| 5,41 | 5,82 | 5,86 | 6,15 | 6,31 | 6,48 | 6,76 | 6,82 |
| 5,42 | 5,82 | 5,87 | 6,15 | 6,32 | 6,49 | 6,77 | 6,83 |
| 5,43 | 5,83 | 5,88 | 6,16 | 6,33 | 6,50 | 6,78 | 6,84 |
| 5,44 | 5,84 | 5,89 | 6,17 | 6,34 | 6,51 | 6,79 | 6,84 |
| 5,45 | 5,85 | 5,90 | 6,18 | 6,35 | 6,51 | 6,80 | 6,85 |
| 5,46 | 5,85 | 5,91 | 6,18 | 6,36 | 6,52 | 6,81 | 6,86 |
| 5,47 | 5,86 | 5,92 | 6,19 | 6,37 | 6,53 | 6,82 | 6,87 |
| 5,48 | 5,87 | 5,93 | 6,20 | 6,38 | 6,54 | 6,83 | 6,87 |
| 5,49 | 5,88 | 5,94 | 6,21 | 6,39 | 6,54 | 6,84 | 6,88 |
| 5,50 | 5,88 | 5,95 | 6,21 | 6,40 | 6,55 | 6,85 | 6,89 |
| 5,51 | 5,89 | 5,96 | 6,22 | 6,41 | 6,56 | 6,86 | 6,90 |
| 5,52 | 5,90 | 5,97 | 6,23 | 6,42 | 6,57 | 6,87 | 6,90 |
| 5,53 | 5,91 | 5,98 | 6,24 | 6,43 | 6,57 | 6,88 | 6,91 |
| 5,54 | 5,91 | 5,99 | 6,24 | 6,44 | 6,58 | 6,89 | 6,92 |
| 5,55 | 5,92 | 6,00 | 6,25 | 6,45 | 6,59 | 6,90 | 6,93 |
| 5,56 | 5,93 | 6,01 | 6,26 | 6,46 | 6,60 | 6,91 | 6,93 |
| 5,57 | 5,94 | 6,02 | 6,27 | 6,47 | 6,60 | 6,92 | 6,94 |
| 5,58 | 5,94 | 6,03 | 6,27 | 6,48 | 6,61 | 6,93 | 6,95 |
| 5,59 | 5,95 | 6,04 | 6,28 | 6,49 | 6,62 | 6,94 | 6,96 |
| 5,60 | 5,96 | 6,05 | 6,29 | 6,50 | 6,63 | 6,95 | 6,96 |
| 5,61 | 5,96 | 6,06 | 6,30 | 6,51 | 6,63 | 6,96 | 6,97 |
| 5,62 | 5,97 | 6,07 | 6,30 | 6,52 | 6,64 | 6,97 | 6,98 |
| 5,63 | 5,97 | 6,08 | 6,31 | 6,53 | 6,65 | 6,98 | 6,99 |
| 5,64 | 5,98 | 6,09 | 6,32 | 6,54 | 6,66 | 6,99 | 6,99 |
| 5,65 | 5,99 | 6,10 | 6,33 | 6,55 | 6,66 | 7,00 | 7,00 |
| 5,66 | 6,00 | 6,11 | 6,33 | 6,56 | 6,67 |  |  |
| 5,67 | 6,00 | 6,12 | 6,34 | 6,57 | 6,68 |  |  |
| 5,68 | 6,01 | 6,13 | 6,35 | 6,58 | 6,69 |  |  |
| 5,69 | 6,02 | 6,14 | 6,36 | 6,59 | 6,69 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLA RUBRO 4: TITULO OBTENIDO EN EL EXTRANJERO** | | | | | | | | | |
| **NOTA MAXIMA 5,00 – NOTA DE APROBACION 3,00** | | | | | | | | | |
| **NOTA HOMOLOGADA A NOTA CHILENA 7,00 A 4,00** | | | | | | | | | |
| **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** | **NOTA EXTRANJERA** | **NOTA HOMOLOGADA** |
| 3 | 4 | 3,41 | 4,62 | 3,82 | 5,23 | 4,23 | 5,85 | 4,64 | 6,46 |
| 3,01 | 4,02 | 3,42 | 4,63 | 3,83 | 5,25 | 4,24 | 5,86 | 4,65 | 6,47 |
| 3,02 | 4,03 | 3,43 | 4,65 | 3,84 | 5,26 | 4,25 | 5,87 | 4,66 | 6,49 |
| 3,03 | 4,05 | 3,44 | 4,66 | 3,85 | 5,28 | 4,26 | 5,89 | 4,67 | 6,5 |
| 3,04 | 4,06 | 3,45 | 4,68 | 3,86 | 5,29 | 4,27 | 5,9 | 4,68 | 6,52 |
| 3,05 | 4,08 | 3,46 | 4,69 | 3,87 | 5,31 | 4,28 | 5,92 | 4,69 | 6,53 |
| 3,06 | 4,09 | 3,47 | 4,71 | 3,88 | 5,32 | 4,29 | 5,93 | 4,7 | 6,55 |
| 3,07 | 4,11 | 3,48 | 4,72 | 3,89 | 5,34 | 4,3 | 5,95 | 4,71 | 6,56 |
| 3,08 | 4,12 | 3,49 | 4,74 | 3,9 | 5,35 | 4,31 | 5,96 | 4,72 | 6,58 |
| 3,09 | 4,14 | 3,5 | 4,75 | 3,91 | 5,37 | 4,32 | 5,98 | 4,73 | 6,59 |
| 3,1 | 4,15 | 3,51 | 4,77 | 3,92 | 5,38 | 4,33 | 5,99 | 4,74 | 6,61 |
| 3,11 | 4,17 | 3,52 | 4,78 | 3,93 | 5,4 | 4,34 | 6,01 | 4,75 | 6,62 |
| 3,12 | 4,18 | 3,53 | 4,8 | 3,94 | 5,41 | 4,35 | 6,02 | 4,76 | 6,64 |
| 3,13 | 4,2 | 3,54 | 4,81 | 3,95 | 5,43 | 4,36 | 6,04 | 4,77 | 6,65 |
| 3,14 | 4,21 | 3,55 | 4,83 | 3,96 | 5,44 | 4,37 | 6,05 | 4,78 | 6,67 |
| 3,15 | 4,23 | 3,56 | 4,84 | 3,97 | 5,46 | 4,38 | 6,07 | 4,79 | 6,68 |
| 3,16 | 4,24 | 3,57 | 4,86 | 3,98 | 5,47 | 4,39 | 6,08 | 4,8 | 6,7 |
| 3,17 | 4,26 | 3,58 | 4,87 | 3,99 | 5,49 | 4,4 | 6,1 | 4,81 | 6,71 |
| 3,18 | 4,27 | 3,59 | 4,89 | 4 | 5,5 | 4,41 | 6,11 | 4,82 | 6,73 |
| 3,19 | 4,29 | 3,6 | 4,9 | 4,01 | 5,52 | 4,42 | 6,13 | 4,83 | 6,74 |
| 3,2 | 4,3 | 3,61 | 4,92 | 4,02 | 5,53 | 4,43 | 6,14 | 4,84 | 6,76 |
| 3,21 | 4,32 | 3,62 | 4,93 | 4,03 | 5,55 | 4,44 | 6,16 | 4,85 | 6,77 |
| 3,22 | 4,33 | 3,63 | 4,95 | 4,04 | 5,56 | 4,45 | 6,17 | 4,86 | 6,79 |
| 3,23 | 4,35 | 3,64 | 4,96 | 4,05 | 5,58 | 4,46 | 6,19 | 4,87 | 6,8 |
| 3,24 | 4,36 | 3,65 | 4,98 | 4,06 | 5,59 | 4,47 | 6,2 | 4,88 | 6,82 |
| 3,25 | 4,38 | 3,66 | 4,99 | 4,07 | 5,61 | 4,48 | 6,22 | 4,89 | 6,83 |
| 3,26 | 4,39 | 3,67 | 5,01 | 4,08 | 5,62 | 4,49 | 6,23 | 4,9 | 6,85 |
| 3,27 | 4,41 | 3,68 | 5,02 | 4,09 | 5,64 | 4,5 | 6,25 | 4,91 | 6,86 |
| 3,28 | 4,42 | 3,69 | 5,04 | 4,1 | 5,65 | 4,51 | 6,26 | 4,92 | 6,88 |
| 3,29 | 4,44 | 3,7 | 5,05 | 4,11 | 5,67 | 4,52 | 6,28 | 4,93 | 6,89 |
| 3,3 | 4,45 | 3,71 | 5,07 | 4,12 | 5,68 | 4,53 | 6,29 | 4,94 | 6,91 |
| 3,31 | 4,47 | 3,72 | 5,08 | 4,13 | 5,7 | 4,54 | 6,31 | 4,95 | 6,92 |
| 3,32 | 4,48 | 3,73 | 5,1 | 4,14 | 5,71 | 4,55 | 6,32 | 4,96 | 6,94 |
| 3,33 | 4,5 | 3,74 | 5,11 | 4,15 | 5,73 | 4,56 | 6,34 | 4,97 | 6,95 |
| 3,34 | 4,51 | 3,75 | 5,13 | 4,16 | 5,74 | 4,57 | 6,35 | 4,98 | 6,97 |
| 3,35 | 4,53 | 3,76 | 5,14 | 4,17 | 5,76 | 4,58 | 6,37 | 4,99 | 6,98 |
| 3,36 | 4,54 | 3,77 | 5,16 | 4,18 | 5,77 | 4,59 | 6,38 | 5 | 7 |
| 3,37 | 4,56 | 3,78 | 5,17 | 4,19 | 5,79 | 4,6 | 6,4 |  |  |
| 3,38 | 4,57 | 3,79 | 5,19 | 4,2 | 5,8 | 4,61 | 6,41 |  |  |
| 3,39 | 4,59 | 3,8 | 5,2 | 4,21 | 5,82 | 4,62 | 6,43 |  |  |
| 3,4 | 4,6 | 3,81 | 5,22 | 4,22 | 5,83 | 4,63 | 6,44 |  |  |

**RUBRO 5. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA (PUNTAJE MAXIMO 20,00)**

El postulante en este rubro debe presentar el **Anexo N°5,** acompañado por los certificados de respaldo a la información contenida en él. Todos los certificados deben ser originales o legalizados en Notaria, ministro de Fe o Unidad de Capacitación del Servicio de Salud o Municipio respectivo, en todas las hojas. (Sólo en este rubro se aceptará que aquellos certificados no originales puedan ser visados por la Unidad de Capacitación).

Se considerará toda actividad de perfeccionamiento relacionada con el campo de la salud, realizada por el Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Municipios, Universidades, Sociedades Científicas o Colegios Profesionales, tales como Congreso, Jornada, Mesa Redonda, Seminario, pasantías nacionales o internacionales, Talleres, Simposios y Diplomados, incluyendo las estadías de perfeccionamiento o capacitación presenciales u on-line, hasta un máximo de 500 horas (se considerarán estas horas independiente que sean cronológicas o pedagógicas, de acuerdo al certificado de la entidad capacitadora, no obstante el cálculo de puntaje será en base a hora pedagógica).

Se otorgará puntaje a todas aquellas actividades de capacitación o perfeccionamiento, realizados con posterioridad a la obtención del título de médico cirujano en las universidades del país, o reconocimiento o revalidación del título en el territorio nacional, y por un período de 10 años retroactivos, contados desde 31.03.2015 al 31.03.2025. Para los postulantes de países integrantes del Convenio Andrés Bello (Brasil, Uruguay, Colombia, y Ecuador) y Convenio Bilateral con Argentina, se consideran los cursos o el perfeccionamiento desde la fecha en que regularizó su título en Chile (verificar en Certificado de Superintendencia de Salud) y para los demás postulantes con títulos de Universidades extranjeras, se considera desde la fecha de aprobación del EUNACOM.

En el caso de los certificados digitalizados, se aceptará siempre y cuando incluya un medio de verificación (código de verificación, código de barras o link del sitio web). En caso contrario, se aceptarán como válidas las copias que sean visadas por Ministro de Fe o Unidad de Capacitación del Servicio de Salud.

Con respecto a la certificación o validación de los documentos, se puede realizar con alguna de las dos modalidades:

* + - 1. Presentando cada uno de los certificados
      2. Con la Hoja de registro de Capacitación de la Unidad de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas (cronológicas o pedagógicas) nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con el timbre y firma de RRHH.

Los certificados deben indicar el número de horas del curso o actividad, las que se sumarán. Aquellos que presenten horas cronológicas serán traducidas a horas pedagógicas. La hora pedagógica equivale a 0,75 horas cronológicas. Los certificados que no señalen las horas, sino sólo días, se reducirán a tres horas pedagógicas diarias si son a tiempo parcial, y a seis horas pedagógicas diarias si son a tiempo completo. Si no señala el horario, se considerarán como tiempo parcial.

Los certificados deben indicar la nota obtenida o la condición de “aprobado”, y el número de horas (cronológicas o pedagógicas) del curso. Los certificados sin nota o “aprobación”, no serán puntuados y la cantidad mínima es de 20 de horas pedagógicas por curso.

Si hay cursos o actividades con más de ocho horas diarias, deberá adjuntarse certificado aclaratorio.

El factor por hora es de 0,04 puntos. Se alcanza el puntaje máximo -20,00 puntos- con 500 horas.

El postulante en este rubro debe presentar el **Anexo N°5,** acompañado por los certificados de respaldo a la información contenida en el mismo.

* Los cursos de capacitación y perfeccionamiento deben ser certificados por la entidad en la cual se realizó el curso (Sociedades científicas, Universidades, entre otras), en original o fotocopia legalizada por notario o ministro de Fe.
* Los cursos de capacitación y perfeccionamiento realizados en la APS Municipal pueden ser validados por el jefe de capacitación (o un cargo símil), del Departamento de Salud Municipal o Corporación, en caso de no contar con el documento original.
* Para cursos de capacitación y perfeccionamiento realizados en los Servicios de Salud, estos podrán ser certificados a través del “Certificado de Capacitación” (se obtiene de SIRH) siempre que contenga nombre del curso, número de horas, nota y fecha de ejecución o individualmente debidamente firmados y timbrados por el jefe del Departamento de Capacitación del Servicio de Salud.
* En el caso de programas conducentes a grado académico, los certificados deberán ser validados por la entidad académica respectiva.

**RUBRO 6. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA (PUNTAJE MAXIMO 16,00)**

El postulante deberá tener **calidad de autor o co-autor del trabajo**. No se considera la condición de colaborador, participante, encuestador u otro. Ni trabajos realizados durante el Pregrado.

Se otorgará puntaje por trabajos realizados en Chile y que tengan que ver con la realidad sanitaria chilena, consistentes en trabajos de investigación o monografías o editoriales o puestas al día sobre temas de salud, realizados durante el desempeño profesional, presentados o publicados, en Revistas, Congresos, Jornadas, Seminarios, u otros eventos que cuenten con el auspicio del Ministerio de Salud, Universidades, Sociedades Científicas o Colegios Profesionales, todos certificados por la autoridad respectiva y que cuenten con un Comité Científico o equivalente.

**Los trabajos presentados en Congresos, Seminarios o Jornadas sobre temas de Salud Familiar y Medicina Familiar que hayan sido publicados o presentados, otorgarán el doble de puntaje.**

**El puntaje máximo asociado a los sub-rubros 6.1 y 6.2 es de 16,00 puntos, los cuales no son excluyentes entre sí; es decir, se puede alcanzar el puntaje máximo en uno de ellos o como resultado de su complemento o suma.**

El postulante en este rubro debe presentar los **Anexos N°6.1 y N°6.2,** acompañados por los siguientes documentos:

**SUB-RUBRO 6.1: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (Anexo N°6.1)**

**TRABAJOS PARA CONGRESOS:**

**Trabajo presentado SIN compendio de resúmenes: debe presentar original a color o copia (legalizada por Notario o Ministro de Fe) de**:

1. Resumen
2. Certificado de autoría del trabajo
3. Certificado de la entidad indicando que no tiene Libro Resumen

**Trabajo presentado CON compendio de resúmenes: debe presentar original a color o copia (legalizada por Notario o Ministro de Fe) de**:

1. Certificado de autoría del trabajo
2. Copia de la portada del compendio de resúmenes
3. Copia del resumen del trabajo

**TRABAJOS PARA REVISTAS:**

1. **Trabajo publicado en revista con Comité Editorial, debe presentar original a color o copia (legalizada por Notario o Ministro de Fe) de**: Resumen del trabajo aceptado. Se debe adjuntar digitalización de revista original o fotocopia legalizada de la tapa de la revista e índice de la publicación.
2. En caso de tratarse de documentos digitalizados, estos deben contener código de verificación o el link.
3. **Trabajo aceptado en revista no publicado** y **aceptado hasta el 31.03.2025, otorgará el 50% del puntaje, debe presentar:**
   * Trabajo completo aceptado.
   * Carta de aceptación del trabajo emitida por la revista, autorizada ante notario o ministro de fe si es copia.

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE TRABAJO** | **PUNTOS** |
| Trabajo **presentado** en Congreso, Seminario o Jornada **sin** Compendio de Resúmenes. | 2,00 |
| Trabajo **presentado** en Congreso, Seminario o Jornada **Publicado** **con** Compendio de Resúmenes. | 2,50 |
| Trabajo **Publicado** en revista con Comité Editorial. | 3,00 |
| Trabajo Aceptadoen revista con Comité Editorial aún sin publicar. | 1,50 |

**SUB-RUBRO 6.2: DOCENCIA – DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES**

El postulante debe presentar para este rubro el **Anexo N°6.2,** acompañado por el certificado de respaldo a la información firmada por el centro formador universitario o técnico. Los certificados deberán especificar claramente la cantidad de horas mensuales de la actividad docente al 31.03.2025, y la cantidad de meses en que se ha desarrollado, indicando fecha de inicio y término (en formato dd/mm/aaaa. No se admiten periodos anuales).

Además, deberá referir información respecto a la asignatura con la cual se realiza la actividad docente en el área de la salud.

* En caso de ser la misma asignatura a diferentes grupos simultáneamente, se considerará sólo como una actividad;
* En caso de ser la misma asignatura, pero en diferentes períodos, se sumarán;
* En caso de ser diferentes asignaturas en el mismo periodo, se considerarán como actividades diferentes.

Si no se cumple con la forma de presentación de este requisito, no se evaluará la documentación presentada en este sub-rubro, obteniendo puntaje cero.

*Docencia: Profesor - Tutor guía de alumnos.*

No se considerarán actividades docentes, la participación en reuniones clínicas ni bibliográficas, como tampoco las actividades de difusión radial u otros medios masivos.

Este rubro se contabiliza por cada mes de actividad. Se considera actividad, todo aquel trabajo docente independiente de otro de al menos 1) mes de duración, independientemente de la cantidad de cursos o grupos a los que se imparta, se contabilizará 1 docencia en el mismo periodo de tiempo.

Se considera actividad docente todo aquel trabajo independiente de otro y que cumpla con un mínimo de 4 horas cronológicas en 1 mes. Las actividades periódicas de más de 1 mes de duración puntúan como una actividad por cada mes que tenga a lo menos 4 horas cronológicas.

Por cada mes de actividad de docencia se asignarán 0,50 puntos. En caso de docencia realizada ad-honorem, se bonificará el 50% del puntaje. Esta condición deberá acreditarse con el correspondiente certificado de la entidad académica. Revisar puntaje, porque 0,50 podría ser muy alto, en poco tiempo se logran los 15 puntos. Docencia prepara clases, la tutoría no prepara material.

**ANEXO 1.1: DESEMPEÑO EN URGENCIAS Y CAMAS CRÍTICAS (LEY N° 15.076)**

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |  |
| Nombre, fecha, 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.**

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

**ANEXO 1.2: DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N°19.664)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N°19.664)** | | | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | | | |
| Comuna de Desempeño |  | | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Art. N°9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Art. N°9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | 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 | |  | Otra |  |
| Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | | Fecha  Inicio | |
| F.  Término | | F.  Término | | F.  Término | | F.  Término | | | F.  Término | |
| ~~E~~l 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 o encargado de personal | | | | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 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.**

**ANEXO 1.3: CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON LABORES DE APS.**

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MÉDICOS LEY 19.664 ART.9 CON DESEMPEÑO EN HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD***

El/La Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Certifica que el/la Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en labores de Atención Primaria en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizando las siguientes labores de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de mediana complejidad y comunitarios, consultorios, postas rurales u otras unidades semejantes de igual complejidad de atención, 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.

**ANEXO 1.4: DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL LEY N°19.378**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N°19.378** | | | | | | | | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | | | | | |
| Antigüedad en la APS | 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 |  | Otra |  |
| Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | | | | Fecha  Inicio | | | Fecha  Inicio | | Fecha  Inicio | |
| F.  Término | | F.  Término | | | | F.  Término | | | F.  Término | | F.  Término | |
| ~~Pr~~ofesional 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o encargado de personal o entidad administradora de Salud Municipal | | | | | | | | | | | | | |

**Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_**

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 31.03.2025 **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.03.2025 para postular.**

**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.**

**ANEXO 1.5: RESUMEN DE DESEMPEÑO PREVIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **COMUNA** | **ESTABLECIMIENTO** | **FECHA DE INICIO**  **(dd/mm/aa)** | **FECHA DE TERMINO**  **(dd/mm/aa)** |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO 1.6: 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 2.1: ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA. DESEMEPEÑO EN SAPU – UOP – SAPUR -SAR – SUR.**

Servicio de Salud o Municipalidad

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 o Municipalidad

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

**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 2.2: EXTENSIÓN HORARIA**

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Centro de Salud)

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

Fecha de término: de de

**Número de Horas Desempeñadas: Horas.**

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

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Centro de Salud)

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

Fecha de término: de de

**Número de Horas Desempeñadas: Horas.**

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

**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 2.3: 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: Horas.**

\*\*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: Horas.**

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

**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 2.4: DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI – UTI)**

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: Horas.**

\*\*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: Horas.**

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

**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 3: FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio de Salud o Municipalidad

Nombre del Establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

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

Documento que acompaña o respalda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de Gestión de Personas o Jefe de Personal

**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.

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

**ANEXO 3.1: ESQUEMA DE FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO 4: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:**

Profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

* **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional** (la Calificación Médica Nacional es la nota, con dos decimales, calculada según el acuerdo de ASOFAMECH de 1989. Esta nota noes equivalente a la nota señalada en el certificado de título**,** la cual no se considera válida como antecedente).

Profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras:

* Certificado de Título emitido por la Universidad en la cual estudió con nota final de Titulación
* Escala de Evaluación de su respectiva Universidad (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad), es requisito fundamental para obtener calificación de lo contrario obtendrá 0,00 puntos en este rubro.

**ANEXO 5: ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA**

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

**CUADRO RESUMEN CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO**

**NOTA:** Ordenar los Cursos de Perfeccionamiento por certificado adjunto.

**Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **Nº Horas.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA:**

**1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.**

**2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma de RRHH.**

**3. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.**

**ANEXO 6.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

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

**NOTA:** Ordenar los trabajos en orden a los certificados adjuntos.

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE DEL TRABAJO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ANEXO 6.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universidad o Instituto |  | |
| Nombre de la Autoridad Académica |  | |
| Cargo |  | |
| Nombre del Postulante |  | |
| Fecha de inicio Docencia | Fecha de término Docencia | Cantidad de meses |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Fecha, timbre y firma de Autoridad Académica | | |

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado con firma y timbre por la respectiva Autoridad Académica). Se verificará la cantidad de meses, certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

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

**ANEXO 7: DESEMPEÑO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Establecimiento |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 31.03.2025) |  |
| Información será corroborada con el contrato de trabajo o Hoja de Vida o Relación de Servicio, exigido en rubro 1. No requiere firmas. | |