**ANEXOS**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación de Aviso en “La Tercera” | 03.05.2019 |
| Recepción de antecedentes | 06.05.2019- 15.05.19 |
| Revisión de Antecedentes | 16.05.19 |
| Listado de Puntajes Provisorios | 16.05.19 |
| Recepción de Reposiciones y Apelaciones subsidiarias o sólo apelaciones | 17.05.19- 22.05.19 |
| Revisión de Reposiciones | 23.05.19 |
| Listado de Puntajes Provisorios con Reposición | 23.05.19 |
| Recepción de Apelaciones | 24.05.19- 28.05.19 |
| Revisión de Apelaciones | 29.05.19 |
| Listado de Puntajes Definitivos | 29.05.19 |
| Llamado Viva Voz de las Becas | 30.05.19 |
| Inicio de funciones | 03.06.2019 |

El presente cronograma es referencial, puede sufrir modificaciones y/o ajustes por razones de fuerza mayor o de buen servicio, los que se comunicarán oportunamente a través de la página web del Servicio de Salud Aysén, entendiéndose así conocidas por los postulantes, por lo que se recomienda visitar regularmente dicho portal y realizar seguimiento al proceso.

**ANEXO B. CARATULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**CONCURSO “PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN DE BECAS DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO, INGRESO AÑO 2019”.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud**  |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Nacionalidad** |  |
| **Programa de Especialización a la cual postula** |  |

Timbre y fecha

Oficina de Partes

Servicio de Salud Aysén

**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 A “Cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Aysén.**

|  |
| --- |
| **ANEXO C. FORMULARIO DE POSTULACIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Folio** |  |  |  |  | **Meses de Antigüedad** |  |  |
| **Uso exclusivo Comisión** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Nombre Completo** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud** |  |
| **Establecimiento(s) de desempeño** |  |
| **Contrato Vigente (Ley N° 19.664/ Ley N° 15.076)** |  |

**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 O REPRESENTANTE**

**ANEXO D: Detalle de la Documentación entregada.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Servicio de Salud  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| Carátula de presentación de postulación. | B |  |
| Formulario de Postulación. | C |  |
| Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde. | - |  |
| Certificado de Titulo Original o Fotocopia legalizada. | - |  |
| Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. | - |  |
| Declaración Jurada Simple. | E |  |
| **Rubro 1:** Desempeño como Médico en establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependientes del Servicio de Salud. | 1 |  |
| **Rubro 2:** Desempeño como Médico en uno o varios Servicios de Salud. | 2 |  |
| **Rubro 3:** Desempeño como Médico en Servicios de Urgencia y/o Camas Críticas. | 3 |  |
| **Rubro 4:** Certificado de Calificación Médica Nacional (CMN). | 4 |  |
| **Rubro 5:** Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). | 5 |  |
| **Rubro 6:** Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado. | 6 |  |

**ANEXO E. DECLARACION JURADA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud, así como, tampoco haber abandonado la formación o compromiso de devolución (PAO) por renuncia o desvinculación, a excepción de lo establecido en el Artículo 25° del Decreto Nº 507/1990 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 N°1.**

**DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – ART. 9, LEY N° 19664.**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio de Salud  |  |
| Establecimiento Asistencial |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad |  |
| Contrato Ley 19.664 (Art.9) | Fecha de Inicio: | Fecha de Término: |
| Antigüedad  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Desglose Antigüedad |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda).  | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11 hrs. ó 7 meses por 22 hrs.). | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) |
| Periodo sin goce de remuneraciones. | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
|  |  |  |
| Medidas disciplinarias |
| Registra. Marcar con “X” lo que corresponda). | No | SI (llenar recuadro siguiente) |
|  |  |
|  | Fecha que se instruyó de investigación o Sumario |
|  |
| Medida disciplinaria |
|  |
| Fecha de emisión del anexo |  |

NOTA:

1. Adjuntar Resolución(es) de Contrato(s); Certificado(s) de Relación de Servicios; Hoja de Vida funcionaria.

2. Se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original, fotocopia legalizada ante notario.

3. Para la región de Aysén, se considerará el desempeño de profesionales funcionarios, contratados bajo el Art. 9 de la Ley 19.664, en los Establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aysén.

**ANEXO N°2.**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD- LEY N° 15.076** |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento Asistencial |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad |  |
| Contrato Ley N° 15.076 (28 hrs.) | Fecha de Inicio: | Fecha de Término: |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones  | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
|  |  |  |
| Medidas disciplinarias |
| Registra. Marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) |
|  |  |
|  | Fecha que se instruyó de investigación o sumario |
|  |
| Medida disciplinaria |
|  |
| Fecha de emisión del anexo |  |

NOTA:

1. Adjuntar Resolución(es) de Contrato(s); Certificado(s) de Relación de Servicios; hoja de Vida funcionaria.

2. Se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original, fotocopia legalizada ante notario.

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIO DE URGENCIA****ANEXO N°3.** |
| Servicio de Salud o Municipalidad |  |
| Establecimiento Asistencial |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N° de horas: |  |
| Fecha de emisión del anexo: |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Director del Establecimiento. |

NOTA:

1. 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).
2. Las jornadas de extensión horaria no se consideraran para otorgamiento de puntaje, a excepción que se hayan realizado en Servicios de Urgencia Hospitalario, SAPU, SAR, SAPUR o SUR.

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS** |
| Servicio de Salud  |  |
| Establecimiento Asistencial |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N° de horas: |  |
| Fecha de emisión del anexo: |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Director del Establecimiento. |

NOTA:

1. 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 N°4. CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS:** Deberá adjuntar Certificado de Calificación Médica Nacional.

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:** Los postulantes que cuenten con título extranjero revalidado en Chile, se homologará el porcentaje obtenido en el EUNACOM, es decir, si el puntaje del EUNACOM es de 51 puntos, se homologará a la nota 4,00 de la Tabla N° 3 de Calificación Médica Nacional, que equivale a 0,01 puntos.

**ANEXO N°5. EUNACOM**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS Y PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS A PARTIR DEL 19 DE ABRIL DE 2009**

****

**ANEXO N°6. CURSOS DE CAPACITACIÓN,**

**PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

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

1. **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 HRS.****PEDAGÓGICAS** | **N° HRS.****CRONOLÓGICA****(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo** **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**B**. **CUADRO RESUMEN PROGRAMAS DE POSTGRADO.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO ACADÉMICO** | **NOMBRE DEL TÍTULO** | **NOTA DE TÍTULO** | **AÑO** **TITULACIÓN** | **ENTIDAD ACADÉMICA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

NOTA:

1. Adjuntar certificado de título emitido por la entidad académica formadora.

2. No se otorgará puntaje parcial a los postulantes que se encuentren cursando la formación de Magister y/o Doctorado, tampoco para aquellos que teniendo la totalidad de los ramos rendidos no cuenten con el certificado de título.

**ANEXO F. FORMATO CARTA DE REPOSICIÓN/ APELACION**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN/ APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de los siguientes rubros.

En caso de apelar inadmisibilidad solo describir argumentación en este formulario y adjuntar documentos necesarios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

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

NOTA:

1. Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos

2. Para que la apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. No se considerará información ni documentación nueva, solo aclaratorio a lo ya presentado.

ANEXO G. FORMATO DE ESCRITURA PÚBLICA SOBRE CONVENIO DE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN.

**FORMATO DE ESCRITURA PÚBLICA SOBRE CONVENIO DE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN**

REPERTORIO Nº …………………..

**CONVENIO SOBRE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN**

**Entre**

**SERVICIO DE SALUD XXXXXXXXXXXXX**

**Y**

**NOMBRE BECARIO**

En **XXXXXXXXXX** (lugar donde se firma), República de Chile, a **…………………………………………………**, ante mí, **…………………………………………**Abogado, Notario Público, Titular de la …………………………… de ……………………(ciudad), con oficio en ……………………… número ………………………………, ………………………, Comuna de………………(ciudad), según consta del **Decreto número…………………………** del año dos mil …………………… de la Ilustrísima Corte de Apelaciones de……………………, anotado en el Repertorio el día …………………………………………con el número……………………………………, bajo el documento número comparecen: **D. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX,** de nacionalidad chilena,………(estado civil),…………(profesión), cédula de identidad número……………(en letras), en su calidad de Director(a) del **SERVICIO DE SALUD XXXXXXXXXXXXXX**, y en representación del Servicio de Salud XXXXXXXXXXXXX, Servicio Público con funciones de gobierno en el área de la salud pública, rol único tributario número ……………(en letras), según se acredita, ambos con domicilio en Calle/Avenida XXXXXXXXXXXXXXX número……………… (en letras), Comuna de………………, Región XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en adelante indistintamente **“EL SERVICIO”** y, por la otra **D. NOMBRE BECARIO,** de nacionalidad……………, Médico Cirujano, estado civil/régimen matrimonial (en caso de régimen de sociedad conyugal debe firmar el cónyuge), cédula de identidad número XXXXXXXXXXXXXXXX (en caso de extranjeros documento respectivo) guion XXX, con domicilio en calle/Avenida xxxxxxxxxxxxx número…………(en letras), en adelante **“EL BECARIO”**; ambos comparecientes mayores de edad, a quienes conozco por haberme acreditado su identidad con sus respectivas cédulas ya citadas, y exponen:**PRIMERO. Antecedentes**. **a)** El Ministerio de Salud ha otorgado a **D.** **NOMBRE BECARIO** una beca para financiar su participación en un programa de formación en la especialidad de……… (especificar), impartido por la Facultad de Medicina de la Universidad XXXXXXXXXXXXXXXX, cuya extensión es de 3 años, con desarrollo entre el 00(día) de…………(mes) de dos mil ………… (año)y el 00(día) de…………(mes) de dos mil …………(año) **b)** Dicha beca se otorgó en el procedimiento administrativo llevado a cabo por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis, en relación con el numeral primero del inciso primero del artículo dieciocho del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud en adelante también e indistintamente “El Reglamento”; y **c)**  Lo indicado en las letras a) y b) precedentes consta en Resolución Exenta número XXXXXXXXXX de XXXXX de dos mil xxxxxxxxx, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que establece las bases de postulación a concurso público y en ordinario número XXXXXXXX de fecha 00(día) de…………(mes) de dos mil …………(año), de la ya dicha Subsecretaría del Ministerio de Salud que informa resultado de concurso público. **SEGUNDO. Objeto**. Este instrumento se otorga para cumplir lo dispuesto en los artículos diecinueve y veintitrés del Reglamento, en orden a; hacer constar en un convenio los derechos y obligaciones que el BECARIO tiene y contrae, respectivamente; y constituir la garantía a que es obligado el BECARIO, consistente en la cláusula penal a que se refiere la cláusula quinta de este instrumento. **TERCERO. Derechos del Becario**. **a) Pago de matrículas, derechos o aranceles**. El BECARIO tendrá derecho al pago de los derechos, aranceles y matrículas correspondientes al costo del programa de especialización para el que se le otorgó la beca. Para este efecto, el Ministerio de Salud, pagará a través del SERVICIO a la Universidad de XXXXXXXXXXX dichos conceptos, en favor del BECARIO; **b) Estipendio mensual**. El BECARIO tendrá derecho a percibir mensualmente una cantidad de dinero equivalente a la del sueldo base mensual para un profesional funcionario que cumple una jornada diurna de trabajo de cuarenta y cuatro horas semanales, regido por la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un cien por ciento en el caso de programas de especialización calificados como de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud. También tendrá derecho a este estipendio, o al subsidio del mismo que corresponda, durante el periodo de duración de la licencia médica que el BECARIO presentare, en los mismos términos que los profesionales funcionarios regidos por la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud. **c) Imposiciones previsionales**.El BECARIO tendrá derecho a que se le efectúen las imposiciones previsionales correspondientes, para cuyo efecto se considerará como estipendio imponible la suma indicada en la letra precedente de esta cláusula; **d) Asignación familiar**. El BECARIO tendrá derecho al pago de la asignación familiar por todos quienes sean causantes legales de la misma; **e) Derecho a Sala Cuna.** Los Becarios y becarias cuando corresponda, gozarán del beneficio establecido en el artículo doscientos tres del Código del Trabajo, siempre que las becas sean financiadas por el Ministerio de Salud o por los Servicios de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso quinto del artículo cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno del año dos mil uno; **f) Incrementos y bonificaciones previsionales**. El BECARIO tendrá derecho a percibir los incrementos y bonificaciones previsionales a que haya lugar de conformidad con la ley aplicable; **g) Feriado**. El BECARIO tendrá derecho a gozar de feriado en la forma que el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis lo regula para los profesionales funcionarios, sin perjuicio de lo anterior, el becario no podrá acumular periodos del feriado legal referido; **h) Trienios**. El BECARIO tendrá derecho a que, para efectos del cómputo y reconocimiento de trienios, le sea reconocido el tiempo cumplido en esa calidad, siempre que llegue a encontrarse en posesión del certificado de especialistas otorgado por la Universidad de XXXXXXX al término de su programa de especialización; **i) Goce del derecho contemplado en artículo cuarenta y cuatro del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno.** Para efectos del goce del derecho contemplado en el artículo cuarenta y cuatro de Decreto con Fuerza de Ley número uno de año dos mil uno, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley quince mil setenta y seis, se considerarán los tiempos que el becario haya prestado durante la realización de la beca, en guardias nocturnas y en días festivos, en los términos que establece el inciso tercero de la norma indicada. **j) Licencia médica**. El BECARIO tendrá derecho a presentar licencia médica por enfermedad o maternidad, debiendo remitirla dentro de los plazos legales, a la dirección del Servicio de Salud que corresponda y comunicar a los Directores del campo clínico y del Centro Formador; **k) Permisos para rendir pruebas**. El BECARIO tendrá derecho a obtener del Director del establecimiento de salud en el que desarrolle su programa de especialidad los permisos y facilidades pertinentes para rendir las pruebas o exámenes a que deba someterse como parte del programa; **l) Otras asignaciones y bonificaciones**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación y bonificaciones que determinen las leyes, en la medida en que cumpla los requisitos que estas establezcan; **m) Asignación del artículo octavo quáter**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación mensual de carácter permanente e imponible sólo para efectos de previsión y salud, en la parte, medida o proporción en la que procedan los presupuestos para su aplicación, establecida en el artículo octavo quáter del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; **n) Información para cumplir el período asistencial obligatorio**. El BECARIO tendrá derecho a ser informado oportuna y formalmente, con al menos seis meses de anticipación a la fecha prevista de término del programa de especialización del establecimiento de salud en que deberá cumplir su obligación de realizar el período asistencial obligatorio; y **ñ) Contratación**. El BECARIO tendrá derecho a ser contratado con jornada completa por el SERVICIO del que dependa el establecimiento de salud en que deba cumplir su obligación de período asistencial obligatorio, con sujeción a las normas legales aplicables a profesionales funcionarios. No obstante, la jornada completa, de cuarenta y cuatro horas semanales, podrá ser reducida a veintidós, cuando el BECARIO – ya como ex becario - asuma otro cargo público. Para este efecto, la obligación de contratación correlativa que el artículo veinte del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, impone al SERVICIO subsistirá como tal durante el mismo tiempo que dure el periodo asistencial obligatorio, sin perjuicio de la continuidad posterior en el desempeño, de conformidad con las normas legales en la materia. **CUARTO. Obligaciones del Becario**. **a) Sujeción a la normativa aplicable**. El BECARIO queda obligado a acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento de el o los establecimientos que deba realizar su programa de especialización y, cumplir su obligación de período asistencial obligatorio; **b) Obligaciones asistenciales docentes y administrativas** El BECARIO debe cumplir todas las obligaciones de carácter asistencial y administrativas docentes propias y necesarias para el desarrollo del programa de especialización y su incumplimiento debe constar en antecedentes calificados, debidamente evaluados por la autoridad superior que corresponda; **c) Dependencia**. El BECARIO dependerá administrativamente del Director del establecimiento al que sea destinado y, en el ámbito docente, de la Facultad de Medicina de la Universidad XXXXXXXXXX , los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto se le designará un tutor o director de beca; **d) Jornada de desempeño**. El BECARIO deberá cumplir una jornada de desempeño de cuarenta y cuatro horas semanales, sin perjuicio de los turnos nocturnos, en días sábado, domingo y festivos que deba cumplir, de conformidad con las exigencias del programa de especialización. De acuerdo a lo indicado en inciso tercero de artículo dos del Reglamento, se entenderá como parte de las obligaciones administrativas de los becarios, cumplir con un sistema de control horario que permita registrar y controlar su asistencia a las actividades definidas en el programa, tanto en el CENTRO FORMADOR como en CAMPO CLINICO donde le corresponde desempeñarse; **e) Lugar de desempeño**. El BECARIO deberá desarrollar las actividades asistenciales, debidamente supervisado, en el establecimiento de salud al que sea destinado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos de acuerdo con el programa de especialidad; **f) Rendición de pruebas.** El BECARIO deberá presentarse a rendir todas las pruebas o exámenes que formen parte del programa de especialización; **g) Período asistencial obligatorio**. El BECARIO deberá realizar un período asistencial obligatorio a continuación del período formativo del programa de especialidad, en calidad de profesional funcionario con jornada completa en un establecimiento de salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud por un plazo igual al doble del de duración de su beca. En consecuencia, el plazo de esta obligación en el caso del BECADO es seis años. Para este efecto, el BECARIO cumplirá su obligación en **HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, la modalidad de este cumplimiento será informada en plazo indicado en cláusula tercera letra n). En cuanto a la exigibilidad de esta obligación, el BECARIO deberá iniciar su cumplimiento sin solución de continuidad entre el término del programa de especialización y el inicio del período asistencial obligatorio. Sin perjuicio de lo anterior, toda interrupción de la continuidad en el cumplimiento de esta obligación sólo podrá ser autorizada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud o por el Director del SERVICIO, siempre que se acrediten razones excepcionales o de fuerza mayor. El lugar de destino para el cumplimiento de esta obligación no obsta a su cambio en caso de existir necesidades asistenciales, situación de la que el profesional funcionario será informado oportunamente; **h) Constitución de garantía**. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere esta cláusula, el BECARIO contrae la obligación de constituir una garantía, misma obligación que el Ministerio de Salud declara cabal y debidamente cumplida con la cláusula penal a que se refiere la cláusula siguiente de este instrumento, por la suma equivalente en pesos de **xxxxxxxxxxxxxxx Unidades de Fomento**, que corresponde al monto total de todos los gastos que representa el programa de especialización, más la estimación practicada por el SERVICIO respecto de los gastos derivados de un eventual incumplimiento, incrementados en un cincuenta por ciento; **i) Vigencia de la garantía constituida**. Es obligación del BECARIO mantener vigente, en su integridad, por todo el período de desarrollo de la beca y hasta el término del período asistencial obligatorio, la garantía constituida por él, a la que se refiere la letra h) precedente. En consecuencia, tuviere lugar un hecho cualquiera en virtud del cual la cláusula penal que se pacta en la cláusula siguiente perdiere eficacia por cualquier razón o circunstancia, subsistirá la obligación del BECARIO en orden reponer, sustituir o reotorgar la garantía; y **j) Convenio**. El SERVICIO declara cumplida en este acto y por virtud del mismo la obligación del BECARIO en orden a suscribir con ella un convenio en el que consten sus derechos y obligaciones. **QUINTO. Cláusula Penal**. De conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y en el artículo veintitrés del Reglamento; y con el objeto de garantizar el cumplimiento oportuno y completo de las obligaciones a que se refiere la cláusula anterior, las partes otorgantes convienen en avaluar los perjuicios que se deriven del incumplimiento de una cualquiera de dichas obligaciones docentes y/o administrativas en la suma de **xxxxxxxxxx Unidades de Fomento** , por su equivalente en pesos a la fecha en que se interponga la demanda en contra de BECARIO, y en particular, pero no exclusivamente, en el evento de que se produzca uno de los siguientes hechos: a) Que el BECARIO no se presente ante el Director del SERVICIO a cumplir su Período Asistencial Obligatorio; b) Que, habiendo iniciado oportunamente el cumplimiento a su Período Asistencial Obligatorio abandone su obligación de concluir dicho período, ya sea por renuncia u otro hecho imputable a su persona. Para acreditar el incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones del BECARIO bastará el certificado correspondiente extendido por la SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES o por el Director del SERVICIO, a cada uno de los cuales, a mayor abundamiento, el BECARIO faculta desde ya en forma irrevocable para proceder a extender en forma unilateral dicha certificación. Lo dispuesto en esta cláusula rige a contar de la fecha de esta escritura y hasta el término completo del plazo por el que el BECARIO contrae la obligación de desempeñar el período asistencial obligatorio. **SEXTO. Efectos**. **a) Efectos en cuanto al otorgamiento de este instrumento**. Por el otorgamiento de este instrumento no quedan comprometidas ninguna de las atribuciones y potestades públicas de las autoridades del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, ni de los Directores de establecimientos de salud; las que además de observar el cumplimiento de lo establecido en el mismo, no empeñan ni comprometen el ejercicio de toda otra atribución propia o delegada en el ejercicio de sus respectivas funciones públicas. En consecuencia, el BECARIO declara comprender y aceptar en forma irrevocable que este instrumento no puede ser esgrimido para impugnar o cuestionar decisiones de autoridad que se extiendan a aspectos o materias que, pudiendo tener algún grado de relación con las que en éste se mencionan, no estén específicamente señaladas en el mismo. Por ello, se entiende y acepta que la eficacia jurídica de este instrumento se restringe a las materias mencionadas expresamente en el mismo, quedando a disposición del BECARIO, en otros aspectos, el derecho a todos los recursos y procedimientos administrativos existentes ante los órganos de la Administración indicados como ante la Contraloría General de la República; **b) Efectos del cumplimiento cabal y oportuno de las obligaciones del BECARIO**. Por consistir cada uno de los hechos indicados en la cláusula tercera, sobre derechos que asisten al BECARIO, en los mismos que se regulan en los artículos octavo quáter y cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; y en el Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud, el cumplimiento de sus obligaciones indicadas en la cláusula cuarta, con base en la misma ley y reglamento mencionados, obliga a las autoridades a adoptar las medidas administrativas y de gestión que en cada caso corresponda; **c) Efectos derivados de incumplimientos de BECARIO**. A mayor abundamiento de lo que ya disponen el inciso segundo del artículo segundo y el artículo veinticuatro, ambos del decreto supremo quinientos siete del año mil novecientos noventa, conforme a los cuales, consecutivamente, *“El incumplimiento de las obligaciones docentes asistenciales o administrativas que corresponden a los profesionales becarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que conste en antecedentes calificados debidamente evaluados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar a que el Subsecretaría de Redes Asistenciales o el Director de Servicio Salud, en su caso, ponga término a la beca mediante resolución fundada”*; y que *“El incumplimiento por parte del becario al período asistencial obligatorio, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía (...), administrativamente y sin más trámite”*; se hace constar que la sanción jurídica a que se refieren las normas citadas se encuentra vinculada al cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones mencionadas en la cláusula cuarta de este instrumento; y **d)Efectos derivados de incumplimientos del FUNCIONARIO.** El incumplimiento de las obligaciones docente asistenciales o administrativas que corresponden a los becarios, que conste en antecedentes debidamente calificados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar para que el Director del Servicio de Salud a cuya dotación pertenezcan ponga término a la beca mediante resolución fundada. **e) Causales de término anticipado a programa de formación**. El programa de formación podrá terminar anticipadamente por renuncia del becario, por eliminación por rendimiento académico o incumplimiento de las normas del centro formador, o por falta de aptitudes requeridas para continuar con el programa, conforme lo dispuesto en artículo noveno del Reglamento. En todos estos casos, el becario deberá reembolsar los gastos con motivo de la ejecución del programa de formación, incluidos estipendios, matrículas y aranceles que haya efectuado el Ministerio o el Servicio de Salud, según corresponda, y aquellos derivados del incumplimiento, todo ello incrementado en un cincuenta por ciento por el tiempo de permanencia en el respectivo programa. Toda renuncia al programa de especialización deberá presentarse ante la Subsecretaría de Redes Asistenciales o la Dirección del Servicio de Salud, según corresponda. El becario que renuncie a su programa de especialización podrá volver a postular a un nuevo programa siempre que haya presentado su renuncia antes del inicio del tercer semestre. También podrá volver a postular a un nuevo programa de especialización el becario que haya sido calificado sin aptitudes requeridas para continuar con el programa de especialización conforme el artículo noveno del Reglamento. El becario que sea eliminado del programa de especialización por rendimiento académico no podrá volver a postular a un programa de especialización que ofrezca el Servicio o el Ministerio de Salud. Tampoco quienes hayan incumplido las normas internas del campo clínico conforme al artículo sexto del Reglamento, ni quienes sean calificados sin aptitudes conforme al artículo noveno del mismo cuerpo normativo, pero con posterioridad al inicio del segundo semestre; **f) Renuncia por Causa de Salud.** En el caso de renuncias al programa de especialización por situaciones de salud que afecten al becario o a alguno de sus familiares que dependan de él que sean incompatibles con las actividades académicas de aquel, la Subsecretaría de Redes Asistenciales estará facultada para poner término a la beca sin restitución de fondos y podrá volver a postular a un nuevo programa que ofrezca el Servicio o la Subsecretaria de Redes Asistenciales. **SÉPTIMO**: **Variación en el cumplimiento de Periodo Asistencial Obligatorio.** Para efecto del cumplimiento del periodo asistencial obligatorio, el ex becario será contratado en jornada completa. Excepcionalmente, esta jornada podrá reducirse hasta 22 horas semanales, cuando el interesado asuma otro cargo público. También podrá reducirse la jornada, cuando la Dirección del Servicio lo determine, a solicitud del profesional, en atención a las necesidades de la red, extendiendo el periodo asistencial por el tiempo proporcional restante. **OCTAVO. Sobre la calidad jurídica de BECARIO**. La beca otorgada al BECARIO es un mecanismo de financiamiento y, por ende, representa una cantidad de dinero que se paga en su beneficio. No constituye un cargo o empleo público y, por ende, tampoco confiere la calidad jurídica de funcionario, ni la de profesional funcionario, en los términos en que los que a dicha calidad se refieren el respectivo artículo primero de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y de la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, calidad jurídica con la que además, es incompatible. **NOVENO:** En caso de incompatibilidad entre lo acordado en el presente instrumento y lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis o en el Reglamento, primarán las disposiciones de estos últimos cuerpos normativos. **DÉCIMO. Gastos**. Todos los gastos que se originen en el otorgamiento de este instrumento y de todo otro que fuere necesario para complementarlo, rectificarlo o modificarlo serán de cargo del BECARIO; así como también todo gasto o costa judicial, tanto de carácter procesal como personal, en que se deba incurrir en el evento de que la garantía que la ley exige al BECARIO para asegurar el cumplimiento de su Período Asistencial Obligatorio, se cobre judicialmente. **DÉCIMO PRIMERO :** Las partes de común acuerdo otorgan poder al Servicio de Salud XXXXXXXXXXXXXXXXX, para que por sí y unilateralmente suscriban cualquier escritura aclaratoria, complementaria o rectificatoria de esta escritura, sin que con ello se pueda alterar su fondo, esencia, naturaleza o fin. **DÉCIMO SEGUNDO. Personería**. **:** La personería de **D**. **XXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX** para representar al **SERVICIO DE SALUD XXXXXXXXXXXXX** consta en Decreto Supremo número XXXXXXXXX (en letras) de fecha XXXXXXXXXXXXXX (en letras), publicada el (fecha en letras), que el Becario declara conocer y que no se inserta a petición de las partes. **DÉCIMO TERCERO. Documentos**. Por expreso acuerdo de las partes, ninguno de los documentos mencionados en este instrumento se incorpora al texto del mismo, todos los cuales son conocidos de las mismas. Escritura redactada por la abogada D. XXXXXX XXXXXX XXXXXX.- En comprobante y previa lectura firman los comparecientes el presente instrumento.- Di copia.- Doy Fe.- La presente escritura se encuentra anotada en el Libro Repertorio bajo el  número

**D. NOMBRE BECARIO**

C.I. XXXXXXXX - XXX

**D. XXXX XXXXX XXXXX XXXXX**

C.I Nº XXXXXXXX - XXX

**DIRECTOR(A) SERVICIO DE SALUD XXXXXXXXXXXXXX.**