**ANEXOS**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Recepción de antecedentes | Martes 30.05.2023-  Lunes 05.06.2023 |
| Revisión de Antecedentes | Martes 06.06.2023 |
| Listado de Puntajes Provisorios sin Reposición | Martes 06.06.2023 |
| Recepción de Reposiciones | Miércoles 07.06.2023 |
| Revisión de Reposiciones | Jueves 08.06.2023 |
| Listado de Puntajes Provisorios con Reposición | Jueves 08.06.2023 |
| Recepción de Apelaciones | Viernes 09.06.2023-  Lunes 12.06.2023 |
| Revisión de Apelaciones | Martes 13.06.2023 |
| Listado de Puntajes Definitivos | Martes 13.06.2023 |
| Llamado a Viva Voz de las Becas | Miércoles 14.06.2023 |
| Inicio de funciones | Jueves 15.06.2023 |

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. 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** |  |
| **Programa de Especialización al cual postula** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 C: Detalle de la Documentación entregada.**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Anexos** | **N° Hojas** |
| Formulario de Postulación. | B |  |
| 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. | D |  |
| **Rubro 1:** Desempeño como Médico en establecimientos de Atención Primaria de Salud. | 1 |  |
| **Rubro 2:** Desempeño como Médico en uno o varios Servicios de Salud. | 2 |  |
| **Rubro 3:** Certificado de Calificación Médica Nacional (CMN). | 3 |  |
| **Rubro 4:** Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). | 4 |  |
| **Rubro 5:** Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado. | 5 |  |

**ANEXO D. DECLARACION JURADA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ 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 Supremo 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 – ARTÍCULO 9°, LEY N° 19.664.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servicio de Salud |  | | | | | | |
| Establecimiento Asistencial |  | | | | | | |
| Nombre del Postulante |  | | | | | | |
| Cedula Identidad |  | | | | | | |
| Contrato Ley 19.664 (Artículo 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 |

NOTA:

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

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.

**ANEXO N°2.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO COMO MÉDICO EN UNO O VARIOS 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: |
|  |  | |  |

NOTA:

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

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.

**ANEXO N°3. 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, deberán presentar certificado de la respectiva Universidad indicando nota final de título y escala de calificación para poder homologar su nota a la escala de calificación chilena, calculando su puntaje en equivalencia entre la nota de aprobación y nota máxima, con respecto al puntaje comprendido a escala de notas del 1,0 a 7,0.

**ANEXO N°4. EUNACOM**

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

****

**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 E. FORMATO CARTA DE REPOSICIÓN/ APELACIÓN**

**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.