**ANEXOS**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación página web del Servicio de Salud | Viernes 17.05.2024 |
| Recepción de antecedentes | Viernes 17.05.2024 –  Miércoles 22.05.2024 |
| Revisión de Antecedentes | Jueves 23.05.2024 |
| Listado de Puntajes Provisorios | Jueves 23.05.2024 |
| Recepción de Apelaciones | Viernes 24.05.2024 |
| Revisión de Apelaciones | Lunes 27.05.2024 |
| Listado de Puntajes Definitivos | Lunes 27.05.2024 |
| Llamado a Viva Voz de las Becas | Martes 28.05.2024 |
| Inicio de funciones | Según Programa de Subespecialización, durante año 2024 |

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** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO (escribir con letra imprenta)** | |
| **Establecimiento(s) de desempeño** |  |
| **Especialidad** |  |
| **Programa de Subespecialización a postular** |  |

**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.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 egreso de la Especialidad o Certificado de título de Especialista o certificado de CONACEM aprobado, según corresponda. | - |  |
| Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. | - |  |
| EUNACOM para postulantes titulados a contar 19 de abril de 2009, en los casos que corresponda. |  |  |
| Certificado de Relación de Servicios y hoja de vida funcionaria, emitido por la Oficina de Personal del Servicio de Salud Aysén o Establecimiento respectivo. |  |  |
| Carta de patrocinio suscrita por el (los) Director (es) del (los) Establecimiento (s) de la Red Asistencial del Servicio de Salud Aysén. | D |  |
| Declaración Jurada Simple. | E |  |
| **RUBRO 1:** Antigüedad como especialista en Establecimientos de Salud dependientes de Servicios de Salud. | 1 |  |
| **RUBRO 2:** Nota de egreso de la Especialidad. | 2 |  |
| **RUBRO 3:** Cursos de capacitación, perfeccionamiento y postgrado en la Especialidad. | 3 |  |
| **RUBRO 4:** Trabajos de Investigación en la Especialidad. | 4 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Establecimiento(s) de desempeño |  |

**ANEXO D. CARTA DE RESPALDO DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE POSTULACIÓN.**

En Coyhaique/ Puerto Aysén con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la Dirección del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el (la) Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuenta con la aprobación de la Dirección de este establecimiento, para presentar su postulación al Concurso Local de Subespecialidades gestionado por el Servicio de Salud Aysén, con ingreso año 2024.

De adjudicarse el cupo respectivo, el (la) postulante desea ingresar a la formación de subespecialidad en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Además, el Hospital se compromete a mantener la contratación del/de la postulante en cargo de la Ley 19.664 al ingreso de la Formación y dictar la Comisión de Estudios correspondiente.

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

**(Nombre, firma y timbre del Director(a) del Hospital)**

**ANEXO E. DECLARACION JURADA.**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cédula de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_ declaro no haber tomado una beca de (sub)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. ANTIGÜEDAD COMO ESPECIALISTA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEPENDIENTES DE SERVICIOS DE SALUD.**

* El postulante tiene la obligación de presentar el Certificado de Relación de Servicios y hoja de vida funcionaria, emitido por la Oficina de Personal del Servicio de Salud Aysén o Establecimiento respectivo de desempeño.
* No se considerarán para estos efectos el tiempo desempeñado a honorarios.

**ANEXO N°2. NOTA DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD.**

**POSTULANTES CON TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE UNIVERSIDADES CHILENAS:** Deberá presentar el certificado de la Universidad que establezca nota de egreso de la Especialidad, debidamente firmado y timbrado.

**POSTULANTES CON TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:** Los postulantes que cuenten con título de Especialidad, obtenido en el extranjero, debidamente certificado por CONACEM, se aplicará una convalidación a la nota de egreso, se calculará 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.

En el caso que el certificado por CONACEM, sólo señale aprobado, se considerará la nota de egreso 5,0.

**ANEXO N°3. 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 N°4: TRABAJOS DE INVESTIGACION EN LA ESPECIALIZACIÓN.**

**NOMBRE DEL POSTULANTE:**

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

**NOTA: Duplicar esta página cuando sea necesario.**

Antecedentes por Trabajo de Investigación:

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coautor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Revista o Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de publicación o de Congreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que los antecedentes presentados son fidedignos.

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

**ANEXO F. FORMATO CARTA DE APELACIÓN.**

**SRES. COMISIÓN DE APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitar tengan a bien acoger la solicitud de revisión de 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 DEL PROFESIONAL FUNCIONARIO EN PROGRAMA DE COMISIÓN DE ESTUDIOS.

**CONVENIO SOBRE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DEL PROFESIONAL FUNCIONARIO EN**

**PROGRAMA DE COMISIÓN DE ESTUDIOS**

**SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO**

**- Y –**

**XXXXX**

En **XXXXX** o de Chile, a del año dos mil veintidós, ante mí, **XXXXX**, Notario Público de **XXXXX**, Titular de la Notaría **XXXXX**, con oficio en **XXXXX**, comparecen: don **XXXXX** chileno, profesión **XXXXX**, soltero/ casado bajado el régimen patrimonial **XXXXX**, cédula nacional de identidad número **XXXXX**, en su calidad de Director/ Director (S) del Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, y en representación del **SERVICIO DE SALUD DE AYSEN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO**, servicio público con funciones de gobierno en el área de la salud pública, rol único tributario número sesenta y un millones seiscientos siete mil ochocientos guion tres, según se acreditará, ambos domiciliados en calle General Parra número quinientos cincuenta y uno, comuna de Coyhaique, Décimo Primera Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y de paso en ésta, en adelante indistintamente **“EL SERVICIO”,** y don(ña) **XXXXX, nacionalidad,** médico cirujano, **estado civil**, cédula nacional de identidad número **XXXXX**, domiciliado en **XXXXX**, comuna de **XXXXX**, Región **XXXXX**, en adelante el **“PROFESIONAL FUNCIONARIO”** ambos comparecientes mayores de edad, a quienes conozco por haberme acreditado su identidad con sus respectivas cédulas ya citadas, y exponen: **PRIMERO. Antecedentes**. a) Don (ña) **XXXXX,** fue contratado por el Servicio de Salud Aysén, como **XXXXX**, a partir del **XXXXX**; c) El PROFESIONAL FUNCIONARIO fue seleccionado para cursar una **XXXXX**; c) Dicho cupo de financiamiento del Programa de Subespecialización, al cual accede el PROFESIONAL FUNCIONARIO, se otorgó en el procedimiento administrativo llevado a cabo por el Servicio de Salud Aysén, según consta de la Resolución Exenta número **XXXXX**. **SEGUNDO. Objeto**. Este instrumento se otorga para cumplir lo dispuesto en la Comisión de Estudios, en orden a hacer constar en un convenio los derechos y obligaciones que el PROFESIONAL FUNCIONARIO tiene y contrae, respectivamente; y también para establecer la garantía a que es obligado el PROFESIONAL FUNCIONARIO. **TERCERO. Derechos del PROFESIONAL FUNCIONARIO**. **a) Pago de matrículas, derechos o aranceles.** El PROFESIONAL FUNCIONARIO tendrá derecho al pago de los derechos, aranceles y matrícula correspondientes al costo del Programa de Subespecialización. Para este efecto, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo pagará en forma directa a la Universidad **XXXXX** dichos conceptos, en favor del PROFESIONAL FUNCIONARIO; **b) Remuneración mensual**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO 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 al menos veintidós horas semanales, regido por la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro; **c) Permisos para rendir pruebas.** El PROFESIONAL FUNCIONARIO tendrá derecho a obtener del Director del establecimiento de salud en el que desarrolle su Programa de Subespecialización, los permisos y facilidades pertinentes para rendir las pruebas o exámenes a que deba someterse como parte del programa; y para asistir a actividades académicas que formen parte del mismo; **d) Información para cumplir el período asistencial obligatorio**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO tendrá derecho a ser informado oportuna y formalmente con al menos treinta días de anticipación la fecha prevista de término del Programa de Subespecialización, del o los establecimientos de salud en que deberá cumplir su obligación de realizar el período asistencial obligatorio; y **e) Contratación**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO tendrá derecho a ser contratado por al menos una jornada de veintidós horas semanales por el Servicio de Salud de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo del que dependa el o los establecimientos de salud en que deba cumplir su obligación de período asistencial obligatorio, con sujeción a las normas legales aplicables a profesionales funcionarios. **CUARTO. Obligaciones del PROFESIONAL FUNCIONARIO**. **a) Sujeción a la normativa aplicable**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO queda obligado a cumplir las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento del o los establecimientos de salud en el que deba realizar su del Programa de Subespecialización y, cumplir su obligación de período asistencial obligatorio; motivo por el que, además, contrae la obligación de conocerlas; **b) Obligaciones docente asistenciales**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO debe cumplir todas las obligaciones de carácter docente asistencial propias y necesarias para el desarrollo del Programa de Subespecialización y su incumplimiento debe constar en antecedentes calificados, debidamente evaluados por la autoridad superior que corresponda; **c) Dependencia**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO dependerá administrativamente del Director del establecimiento o los establecimientos al que sea destinado y, en el ámbito docente, de la Facultad de Medicina de la Universidad **XXXXX**, los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto se le designará un tutor o director de beca; **d) Lugar de desempeño**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO deberá desarrollar las actividades asistenciales, debidamente supervisado, en el o los establecimientos de salud al que sea destinado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos de acuerdo con el Programa de Subespecialización; **e) Rendición de pruebas.** El PROFESIONAL FUNCIONARIO deberá presentarse a rendir todas las pruebas o exámenes que formen parte del Programa de Subespecialización; **f) Periodo asistencial obligatorio**. El PROFESIONAL FUNCIONARIO deberá realizar un período asistencial obligatorio a continuación del período formativo del Programa de Subespecialización, en calidad de PROFESIONAL FUNCIONARIO, en jornada cuarenta y cuatro horas semanales, en el o los establecimientos de salud dependiente de la red asistencial del Servicio de Salud Aysén, del Sistema Nacional de Servicios de Salud por un plazo igual al doble del de duración del Programa de Subespecialización. En consecuencia, el plazo de esta obligación, en el caso del PROFESIONAL FUNCIONARIO, es de **XXXXX** año (**XXXXX** meses). Para este efecto, el PROFESIONAL FUNCIONARIO cumplirá su obligación de **XXXXX** años meses días de devolución en período asistencial obligatorio, preferentemente en el o los**XXXXX**, sin perjuicio de la facultad del Director de destinar a otro establecimiento de salud dentro de la red asistencial del Servicio de Salud Aysén. En cuanto a la exigibilidad de esta obligación, el PROFESIONAL FUNCIONARIO deberá iniciar su cumplimiento sin solución de continuidad entre el término del Programa de Subespecialización 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 Subsecretaria o por el Director del Servicio de Salud respectivo, siempre que se acrediten razones excepcionales o de fuerza mayor. El lugar de destino para el cumplimiento de estas obligaciones no obsta a su cambio de conformidad con lo dispuesto en el artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro**; g) Constitución de garantía.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere esta cláusula, el PROFESIONAL FUNCIONARIO 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 **XXXXX Unidades de Fomento**, que corresponde al monto total de todos los gastos que representa el Programa de Subespecialización incrementados en un cincuenta por ciento incluidos los gastos derivados de un eventual incumplimiento, que fueron ponderados, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro, en el artículo veintitrés del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud y el Decreto Supremo número siete del año dos mil dieciocho, del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto Supremo anteriormente señalado, y de la misma manera, en el artículo diecinueve del Decreto Supremo número noventa y uno del año dos mil uno, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en Programas de Especialización a que se refiere la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro, y el Decreto Supremo número seis del año dos mil dieciocho, del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto Supremo anteriormente señalado; **h) Vigencia de la garantía constituida.** Es obligación del PROFESIONAL FUNCIONARIO de mantener vigente, en su integridad, por todo el período que se desarrolle el Programa de Subespecialización y hasta el término del periodo asistencial obligatorio derivado, la garantía constituida por él, a la que se refiere la letra g) precedente. En consecuencia, si 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 PROFESIONAL FUNCIONARIO en orden a reponer, sustituir o reotorgar la garantía, y de soportar todo perjuicio que su incumplimiento pueda ocasionar al Servicio de Salud Aysén y/o al Ministerio de salud; y, **i) Convenio**. El Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, declara cumplida en este acto y por virtud del mismo la obligación del PROFESIONAL FUNCIONARIO en orden a suscribir con él 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 Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, y el Decreto Supremo número siete del año dos mil dieciocho, del Ministerio de Salud, que modifica el Decreto Supremo anteriormente señalado; 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 en la suma de **XXXXX Unidades de Fomento** o por su equivalente en pesos a la fecha en que se interponga la demanda EJECUTIVA en contra del PROFESIONAL FUNCIONARIO, y en particular, pero no exclusivamente, en el evento de que se produzca uno de los siguientes hechos: a) Que el PROFESIONAL FUNCIONARIO no se presente ante el Director del Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y/ o ante el Director del Hospital Regional Coyhaique 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 el PROFESIONAL FUNCIONARIO bastará una Resolución Exenta emitida por el Director del Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, al cual, a mayor abundamiento, el PROFESIONAL FUNCIONARIO faculta desde ya en forma irrevocable para proceder a extender en forma unilateral dicha Resolución. 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 PROFESIONAL FUNCIONARIO contrae la obligación de desempeñar el periodo asistencial obligatorio derivado de del Programa de Subespecialización. **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 pública. En consecuencia, el PROFESIONAL FUNCIONARIO 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 PROFESIONAL FUNCIONARIO, 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 en cuanto a la renuncia o eliminación a causa de rendimiento académico del PROFESIONAL FUNCIONARIO del del Programa de Subespecialización**. Como consecuencia de lo señalado en el Decreto Supremo número seis del año dos mil dieciocho, se establece lo siguiente. **UNO.** El programa de formación podrá terminar anticipadamente por renuncia del PROFESIONAL FUNCIONARIO, por falta de aptitudes requeridas para continuar con el mismo, o por eliminación a causa de rendimiento académico. En estos casos, el profesional funcionario deberá reembolsar los gastos por concepto de matrículas y aranceles que haya efectuado el Servicio de Salud por el tiempo de permanencia en el respectivo programa. **DOS.** Toda renuncia al programa de formación deberá presentarse ante la Subsecretaría de Redes Asistenciales o la Dirección del Servicio de Salud, según corresponda. A su vez, la falta de aptitudes requeridas para continuar con el programa de formación deberá ser calificada por el Centro Formador y notificada a la Subsecretaría de Redes Asistenciales o a la Dirección de los Servicios de Salud, según corresponda, mediante un informe fundado. **TRES.** En el caso de renuncias al programa de formación por situaciones de salud que afecten al PROFESIONAL FUNCIONARIO 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 eximirlo de la obligación de reembolso y podrá volver a postular a un nuevo programa que ofrezca el Ministerio o los Servicios de Salud. **SÉPTIMO. 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 PROFESIONAL FUNCIONARIO; 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 PROFESIONAL FUNCIONARIO para asegurar el cumplimiento de su Periodo Asistencial Obligatorio, se cobre judicialmente. **OCTAVO**. De común acuerdo las partes otorgan a este instrumento mérito ejecutivo para efectos de cobrar el monto de la cláusula penal en él pactada para efectos de su incumplimiento. **NOVENO.** Las partes de común acuerdo otorgan poder al Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, y en especial a los abogados Jeanne Marie Laporte Miguel, Alicia Paz Cruz Cottenie, Joaquín Acosta Vergara y/o y/o Francisco Javier Fernández Elgueta, para que conjunta o separadamente, suscriban cualquier escritura aclaratoria, complementaria o rectificatoria de esta escritura, sin que con ello se pueda alterar su fondo, esencia, naturaleza o fin. **DÉCIMO.** Respecto de todas las cuestiones que se susciten relativas a este convenio, las obligaciones y sanciones que de él emanan, todas las partes constituyen domicilio especial en la comuna y ciudad de Coyhaique, Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, sometiéndose a la jurisdicción de sus Tribunales de Justicia, y serán de cargo del deudor todos los gastos de cobranza en que se haya incurrido, a fin de obtener el pago de cualquiera de las obligación vencidas que emanan de este convenio. **DÉCIMO PRIMERO. Personería**. La personería de don **XXXXX**, para representar al Servicio de Salud Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, consta en el Decreto **XXXXX** número **XXXXX** del Ministerio de Salud, que el PROFESIONAL FUNCIONARIO declara conocer y que no se inserta a petición de las partes. **DÉCIMO SEGUNDO. 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.- En comprobante y previa lectura, firman. Se da copia. Se anotó en el Repertorio con el número antes señalado. Doy fe.-

-----------------------------------------

**XXXXX** C.I.

P.P. SERVICIO DE SALUD AYSEN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO

----------------------------------------------

**XXXXX**

C.I. Nº **XXXXX**