**ANEXO 1**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DEL PROCESO** |
| **DETALLE** | **FECHAS** |
| Bases Disponibles en Pagina Web de Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota ([www.ssvq.cl](http://www.ssvq.cl)) y redes sociales y recepción de antecedentes  | Viernes 6 de agosto al jueves 19 de agosto de 2021 a las 10:00 horas |
| Comisión Revisora | jueves 19 de agosto |
| Publicación del primer listado provisorio, en la página Web del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota ([www.ssvq.cl](http://www.ssvq.cl)) | Viernes 20 de agosto |
| Recepción de Reposición y Apelación | Viernes 20 al miércoles 25 agosto |
| Comisión de Reposición y Apelación | Miércoles 25 agosto |
| Publicación de listado definitivo, en la página web del Servicio de Salud Viña del – Quillota ([www.ssvq.cl](http://www.ssvq.cl)) | Miércoles 25 agosto |
| Habilitación por la Universidad de Valparaíso | Desde el jueves 19 hasta el jueves 26 de agosto de 2021  |
| Llamado a viva voz y toma de cupo | Viernes 27 de agosto de 2021 |
| Fecha de ingreso al Programa | 01 de septiembre de 2021  |

**ANEXO 2**

|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN IDENTIFICACION PERSONAL** **(escribir con letra imprenta)** |
| Apellido Paterno |  |
| Apellido Materno |  |
| Nombres |  |
| Cedula de Identidad  |  |
| Dirección Particular |  |
| Comuna |  |
| Teléfono  |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Correo electrónico |  |
| **IDENTIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO** |
| Municipalidad |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| Dirección Institucional  |  |
| Correo electrónico institucional |  |
| Datos del contrato vigente  | EmpleadorHoras Contratadas |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

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

***FIRMA DEL POSTULANTE***

 **ANEXO 3**

**DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

**I.- IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
|  Municipalidad  |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Anexos/ Documentos** | **N° Paginas** | **SI** | **NO** |
| Carta presentación médico postulante | Carta |  |  |  |
| Curriculum Vitae | Curriculum |  |  |  |
| Fotocopia simple cédula de Identidad y/o certificado de residencia definitiva en Chile, en caso de profesionales extranjeros. | Cedula o certificado |  |  |  |
| Certificado de título legalizado con nota | Certificado |  |  |  |
| Certificado de contrato vigente por la Ley 19.378  | Certificado |  |  |  |
| Certificado de antigüedad que acredite haberse desempeñado en calidad de titular o contrata, a lo menos 1 año en la Red asistencial publica de salud. | Certificado |  |  |  |
| Certificado aprobado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina (EUNACOM), según corresponda a fecha de titulación. | Certificado |  |  |  |
| Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud | Certificado |  |  |  |
| Contrato vigente en establecimientos de Salud Municipal  | Anexo 5 |  |  |  |
| Cuadro Resumen de Actividades de Formación Continua y Perfeccionamiento | Anexo 6 |  |  |  |
| Constancia de Director Comunal y/o avalando participación directa en Proyectos | Anexo 7 |  |  |  |
| Respaldo Formal del Director de Salud Comunal | Anexo 8 |  |  |  |
| Referencias otorgadas por informantes | Anexo 9 |  |  |  |
| Investigación de post-título | Anexo 10 |  |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

***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 4**

|  |
| --- |
| **ANTIGÜEDAD COMO MEDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEPENDIENTE DE ALGUN SERVICIO DE SALUD Y/O DIRECCION DE SALUD COMUNAL.** |
| Nombre del Establecimiento de Salud |  |
| Nombre del Empleador o Directivo que respalda la información registrada en este anexo |  |
| Cargo (Director de Servicio, Subdirector de Recursos Humanos, Alcalde, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) de quien suscribe. |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato  |  |
| Fecha Termino Contrato  |  |
| Antigüedad  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Completar la **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 certificado emitido por Oficina de Personal del establecimiento. | 11 hrs. | 22 hrs. | 33 hrs. | 44 hrs. |
|  |  |  |  |
| Completar si el profesional cuenta con **Permiso sin goce de remuneraciones** en el periodo (sólo llenar si corresponde). Adjuntar certificado emitido por la Oficina de Personal del establecimiento. | Fecha Inicio | Fecha Termino | N° total de días |
|  |  |  |
| Completar si el profesional registra **medidas disciplinarias** como investigación sumari o sumario administrtaivo (marcar con “X” lo que corresponda) | No | SI (llenar recuadro siguiente) |
|  |  |
| Fecha que se instruyó de investigación o sumario | Medida disciplinaria |
|  |  |
|  Fecha, nombre, timbre y firma del empleador o directivo que respalda la información contenida en este anexo.En caso de contar con más de un empleador, debe presentar un anexo completado por cada empleador. |

**ANEXO 5**

|  |
| --- |
| **CONTRATO VIGENTE EN ESTABLECIMIENTOS DEL TERRITORIO DE LA JURISDICCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD** |
| Departamento de Atención Primaria  |  |
| Nombre de quien suscribe |  |
| Cargo de quien suscribe |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato vigente  |  |
| Antigüedad  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) indicar jornada actual | 11horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del jefe de la oficina de Personal que respalda esta información |

**ANEXO 6**

**CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUA Y PERFECCIONAMIENTO**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL MAGISTER, DIPLOMA, DIPLOMADO, CURSO** | **Nº HRS.** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***FIRMA DEL POSTULANTE***

**ANEXO 7**

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO/CONSTANCIA DE DIRECTOR DE SALUD COMUNAL AVALANDO PARTICIPACIÓN DIRECTA EN PROYECTOS** |

|  |  |
| --- | --- |
| Departamento de Atención Primaria |  |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  |
| Email del Director de Salud Comunal |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Establecimiento de Desempeño  |  |
| Iniciativas en las cuales el postulante ha tenido un rol de gestor y ejecutor * Refiérase al ámbito: gestión, trabajo comunitario, trabajo en redes, trabajo clínico de sector, formación y capacitación.
* Refiérase al rol del postulante: gestor, ejecutor, participante
* Mencione la experiencia señalando duración y principales resultados
 |

El Director que suscribe ha tenido a la vista los antecedentes que avalan la participación directa del postulante en iniciativas exitosas y significativas en un rol de líder y/o ejecutor.

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

***Firma y Timbre***

***Director de Salud Comunal***

**ANEXO 8**

|  |
| --- |
| **RESPALDO FORMAL DEL DIRECTOR DEL AREA DE SALUD COMUNAL** |
| Departamento de Atención Primaria |  |
| Nombre del Director de Salud Comunal |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Establecimiento de Desempeño |  |
| El Director de Salud Municipal que suscribe, por medio del presente certifica conocer la postulación del Dr…………………………………….., profesional de mi dependencia, en Proceso de Selección para optar a cupo Beca de Medicina Familiar año 2021, y apoya la presente postulación en atención a: (especifique razones por las cuales considera apto al profesional para desarrollar Formación en Medicina Familiar) |
|  |
|  |
| De igual manera, me comprometo a mantener calidad funcionaria del Dr………………………………………………………………………., durante el período que se extienda la formación. |

***Firma y timbre***

***Director de Salud Comunal***

**ANEXO 9**

|  |
| --- |
| **CUADRO RESUMEN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN** **DE POST-TITULO** |

|  |
| --- |
| Nombre del Postulante |
| Nombre del Trabajo | Puntaje(uso exclusivo de la comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***FIRMA DEL POSTULANTE*** |

**ANEXO 10**

|  |
| --- |
| **REFERENCIAS ENTREGADAS POR INFORMANTES****DOCUMENTO CON IDENTIFICACIÓN DE TRES PERSONAS DEL EQUIPO QUE CONOCEN AL POSTULANTE** |
| Nombre del Postulante |  |
| Centro de Salud donde se desempeña |  |
| **Nombre de quien refiere** | **Cargo** | **Email** | **Celular** |
| 1) |  |  |  |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |

**ANEXO 11**

**FORMATO DE PRESENTACIÓN DE CARTA DE SOLICITUD DE**

**REPOSICIÓN-APELACIÓN**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN-APELACIÓN**

**PRESENTE**

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

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |

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

**Firma y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos

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