**ANEXO 1: CRONOGRAMA**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación página web del SSVQ | 6 de julio de 2022 |
| Difusión bases y recepción de antecedentes | **6 al 20 de julio de 2022 hasta las 10:00 horas.** |
| Comisión revisora de antecedentes | **20de julio de 2022** |
| Publicación Puntajes provisorios | **20 de julio de 2022** |
| Recepción de Reposición y Apelación | **20 al 25 de julio a las 10:00 hrs.** |
| Comisión de Reposición | **25 de julio de 2022** |
| Publicación Puntajes Definitivos | **25 de julio de 2022** |
| Habilitación por el Centro Formador | **19 al 25 de julio de 2022** |
| Primer llamado a Viva Voz | **26 de julio de 2022** |
| Inicio Programa de Formación | **1 de agosto de 2022** |

**NOTA:** Los plazos una vez asignados los puntajes y habilitados los postulantes, pueden sufrir alguna variación, dado que su cumplimiento depende tanto del Servicio de Salud, como del Centro Formador.

|  |
| --- |
| ANEXO 2: CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN |

**“PRIMER PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2022, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, PARA DESEMPEÑARSE FINALIZADA SU FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud y/o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Fecha de Egreso** |  |
| **Universidad de Egreso** |  |
| **Nacionalidad** |  |

|  |
| --- |
| ANEXO 3: FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA 2022 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** | | | |
| **Establecimiento de Desempeño** |  | | |
| **Dirección Institucional** |  | | |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.664** | 15.076 | 19.378 |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** | |
| **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 4: DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA |

I.- IDENTIFICACIÓN

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

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |
| --- | --- |
| **Rubros** | **N° Hojas** |
| **Rubro 1:** Calificación Médica Nacional |  |
| **Rubro 2:** Antigüedad en Sistema Nacional de Servicios de Salud |  |
| **Rubro 3:** Funciones de Responsabilidad |  |
| **Rubro 4:** Trabajos científicos |  |
| **Rubro 5:** Cursos de Perfeccionamiento Profesional y Capacitación. |  |
| **Rubro 5:** Desempeño en una o más instituciones docentes (Universidades). |  |

**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 5: DOCUMENTACIÓN PARA LA ADMISIBILIDAD |

Debe acompañar a continuación la siguiente documentación, requerida para la admisibilidad de su postulación al concurso del “Proceso de selección para acceder a cupos en programa de especialización año 2022, para desempeñarse, una vez finalizada su formación, en el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota”

* Formulario de Postulación Firmado.
* Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde
* Certificado de Titulo Original o Fotocopia legalizada con nota.
* Certificado de inscripción en el Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud impreso. (<http://webserver.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscador?openForm>)
* Declaración Jurada de no haber tomado cupo de beca o destinación anteriormente
* Solo en caso de corresponder, adjuntar Resolución de Término de beca sin sanción, original o fotocopia legalizada.
* EUNACOM para postulantes titulados a contar 19 de abril de 2009 (que será corroborado con la estampilla presentada en Rubro 8)
* Contrato vigente cumpliendo los requisitos específicos detallados en Art.12
* Nacionalidad chilena o extranjera con residencia definitiva en Chile.
* No haber participado y ganado cupo de formación en concurso EDF Art. 8°y encontrarse ejerciendo funciones.

|  |
| --- |
| ANEXO 6: DECLARACIÓN 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 7: EUNACOM |

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

****

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2006 HASTA EL 18.04.2009**

Deberán adjuntar:

1. Certificado de calificaciones de la respectiva Universidad con nota final de título.

2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad, (nota máxima y nota mínima de aprobación, emitida por la Universidad)

**ANEXO N°8**

**FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

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

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

**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.

|  |
| --- |
| ANEXO 9: TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS |

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

iv)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

v)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido: |

|  |
| --- |
| ANEXO 10: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POST GRADO |

**FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ANEXO 11: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES** | | | | |
| Universidad | |  | | |
| Nombre de la Autoridad Universitaria | |  | | |
| Cargo | |  | | |
| Nombre del Postulante | |  | | |
| Fecha Inicio  Contrato | Fecha Termino Contrato | | HORAS | PUNTAJE  (Uso de la Comisión) |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| Fecha, Nombre, timbre y firma | | | | |

**Nota:** **se deben 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.**

|  |
| --- |
| ANEXO 12: FORMATO CARTA PRESENTACIÓN APELACIÓN - REPOSICIÓN |

**SR: HAROLDO FAUNDEZ ROMERO**

**DIRECTOR(S) SSVQ**

**PRESENTE**

Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s), en caso de apelar a inadmisibilidad solo describir argumentación en este mismo formulario y adjuntar documentos necesarios:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICIÓN Y/O APELACION:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

Solicito que los antecedentes expuestos sean elevados a la Comisión de Apelación en subsidio al rechazo de la reposición en los rubros antes señalados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **RUT** | **Firma** |
|  |  |  |

**NOTA**:

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

2. Para que la Reposición y/o 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 nueva (La comisión de apelación aceptará entrega de documentos faltantes para efectos de admisibilidad)**

|  |
| --- |
| ANEXO 13: FORMATO DE RENUNCIA A CUPO |

**CUPO Nº.......**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CUPO OBTENIDO :**

**UNIVERSIDAD :**

**SEDE :**

**DURACION :**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA-.............**