**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **FECHA** |
| Publicación Aviso Diario de circulación nacional  | 01/11/2018 |
| Recepción de antecedentes hasta las 13:00 hrs. | 05/11/2018 al 23/11/2018 |
| Comisión de Selección de Antecedentes | 26/11/2018 al 06/12/2018 |
| Publicación de Puntajes Provisorios  | 07/12/2018 |
| Recepción Reposición hasta las 13:00 hrs | 10/12/2018 al 14/12/2018 |
| Comisión de Reposición | 18/12/2018 al 21/12/2018 |
| Publicación de Puntajes Provisorios c/Reposición  | 21/12/2018 |
| Recepción de Apelaciones hasta las 13:00 hrs. | 24/12/2018 al 31/12/2018 |
| Comisión de Apelación | 02/01/2019 al 04/01/2019 |
| Publicación de Puntajes Definitivos | 04/01/2019 |
| Primer Llamado a Viva Voz | 15/01/2019 |
| Renuncias hasta las 13:00 hrs. del ultimo día | 16/01/2019 al 22/01/2019 |
| Publicación de Renuncias | 23/01/2019 |
| Segundo Llamado a Viva Voz | 29/01/2019 |

**ANEXO B:**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**“PEGADO FUERA DEL SOBRE”**

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2019 PARA MÉDICOS CIRUJANOS CON DESEMPEÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONTRATADOS BAJO LA LEY Nº 19.378 O MÉDICOS CONTRATADOS POR ART 9º LEY Nº 19.664.**

Ministerio de Salud, Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, Mac-Iver N° 541 Of. 206, piso 2, Santiago Centro (lunes a jueves de 9:00 a 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 16:00 hrs.)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud** |  |
| **Municipio** |  |
| **Establecimiento** |  |
| **LEY DE CONTRATACION (marque con una X la que corresponda)** |  **19.378** | **19.664** |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Universidad de Egreso y año** |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Nacionalidad** |  |

Timbre Departamento de Formación, Perfeccionamiento

Y Educación Continua

**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 válido el formulario que cuente con fecha y timbre del el Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua.

**ANEXO - C**

**DETALLE DE DOCUMENTACION ENTREGADA**

I.- IDENTIFICACIÓN

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

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |
| --- | --- |
| Documento | N° de documentos |
| **Fotocopia simple de Cédula de Identidad** |  |
| **Certificado de Título** (original o copia legalizada) |  |
| **Estampilla o certificado de EUNACOM** |  |
| **Certificado de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud** |  |
| **Certificado de reconocimiento o revalidación del título de médico cirujano en Chile** (original o copia legalizada) (postulantes que se hayan titulado en alguna Universidad extranjera) |  |
| **Contrato o contratos de Trabajo(s) o resoluciones de los Establecimientos en que se ha desempeñado** (original o fotocopia legalizada) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubros | Anexos | Nº páginas | SI | NO |
| 1.- Antigüedad en el desempeño  |  |  |  |  |
| 2.- Actividades  de  Educación Médica Continua |  |  |  |  |
| 3.- Funciones de Responsabilidad  |  |  |  |  |
| 4.- Organización de Proyectos y Trabajos con la Comunidad, en Centros Comunitarios y en Postas Rurales |  |  |  |  |
| 5.- Trabajos de Investigación y Docencia  |  |  |  |  |
| 6.- Servicio de Urgencia y/o Extensión Horaria |  |  |  |  |
| 7.- Calificación Médica  Nacional |  |  |  |  |
| 8.- Desempeño en Zona Extrema |  |  |  |  |

Se deja adjunto al Formulario de Postulación

**ANEXO - D**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA EL ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIZACIÓN CONCURSO CONE – APS 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de Folio** |  |  |  |

(Uso de la Comisión)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Dirección Institucional**  |  |
| **Correo electrónico institucional** |  |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **LEY 19.378** |  | **Ley 19.664** |  |

|  |
| --- |
|  **IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Universidad de Egreso y año** |  |
| **Teléfono**  |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Nacionalidad** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postula a cupo de** Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública **y se acoge a lo señalado en el número 6 del Artículo 11 “Requisitos” (indicar con una “X” su opción)** | **SI** | **NO** |

**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 E: EUNACOM**

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

Pegar la estampilla o certificado del EUNACOM, (para profesionales egresados de las facultades de medicina y/o habilitados para desempeñarse como médico en el país desde el 19 de abril de 2009).



**RUBRO 1: ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

**Nº 1.A: CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |
| --- |
| **1.A** CERTIFICADO ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA DESEMPEÑO EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL  |
| Ilustre Municipalidad de  |  |
| Nombre  |  |
| Cargo (Alcalde, Subrogante, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal)  |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.378 |  |
| Fecha Termino Contrato Ley 19.378 |  |
| Antigüedad en la APS  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| 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 relación de servicio | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | Fecha Termino | N° total de días |
|  |  |  |
| registra medidas disciplinarias (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 Alcalde, Subrogante, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2018. Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.2018 para postular.

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 o Ministro de Fe.

**RUBRO 1: ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

**Nº 1.B: CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |
| --- |
| **1.B** CERTIFICADO ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA DESEMPEÑO EN EL SERVICIO DE SALUD  |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Subdirector de RR.HH |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato Art. N° 9 Ley 19.664 |  |
| Fecha Termino Contrato Art. N° 9 Ley 19.664 |  |
| Antigüedad en el Servicio de Salud  | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| 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 relación de servicio | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
| Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio | Fecha Inicio |
| F. Término | F. Término | F. Término | F. Término |
| Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | Fecha Termino | N° total de días |
|  |  |  |
| registra medidas disciplinarias (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 Subdirector de RR.HH |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública. Se requiere un mínimo de 12 meses al 30.09.2018. *Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 30.09.*2018 para postular.

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 o Ministro de Fe.

**ANEXO N° 1.B.1 CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN APS**

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MEDICOS LEY 19.664 ART.9***

El Subdirector(a) Médico del Servicio de Salud Dr. (a)................................................................................................................certifica que el Dr. (a)............................................................... se ha desempeñado en la Atención Primaria Fecha inicio….../......./...

Fecha de término….../….../...

Nº meses\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre Subdirector Médico del SS Firma y Timbre

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.**

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 o Ministro de Fe.

**Nº 1.1: ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**
3. **Adjuntar tantos documentos de esquema como años de servicio que correspondan**

**Nº 2: ACTIVIDADES DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA**

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

NOTA: Ordenar las Actividades de Educación Médica Continua o Perfeccionamiento por certificado adjunto. Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | Nº HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nº 3: FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante \_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo desempeñado \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : de de \_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.)

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.

**(Duplicar las veces que sea necesario)**

**Nº 3.1: ESQUEMA FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD (RUBRO 3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**
3. **En el periodo destacado, escriba el nombre de la jefatura correspondiente**

**Nº 4.1: TRABAJO COMUNITARIO (RUBRO 4)**

NOMBRE DEL POSTULANTE

NOTA: Ordenar las actividades por certificado adjunto. **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N°Certificado | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD O DE LA DESCRIPCIÓN | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nota: Se debe adjuntar los medios de verificación pertinentes, tales como: listado de asistencia, acta de trabajo, etc.

**Nº 4.2: TRABAJO EN CENTRO COMUNITARIO (RUBRO 4)**

**SERVICIO DE SALUD / MUNICIPALIDAD**  \_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL POSTULANTE**

**NOMBRE DEL CENTRO COMUNITARIO**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DEL CENTRO COMUNITARIO**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DEL CENTRO COMUNITARIO**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

CANTIDAD DE HORAS REALIZADAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**4.3: TRABAJO EN POSTA RURAL (RUBRO 4)**

**SERVICIO DE SALUD / MUNICIPALIDAD**  \_\_\_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DEL CUAL DEPENDE** \_

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

**NOMBRE DE LA POSTA**

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA POSTA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOMBRE DE LA POSTA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIEMPO REALIZADO Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

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

PERIODICIDAD DE LAS RONDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DISTANCIA A LA POSTA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**Nº 4.4: ESQUEMA DE TRABAJO EN POSTA RURAL (RUBRO 4)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) | AÑO ( ) |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de la (s) Postas realizadas en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos en que realizó las Postas que acrediten con certificado**
3. **En el periodo destacado, escriba la Posta realizada**

**RUBRO N°5: TRABAJOS DE INVESTIGACION Y DOCENCIA**

**ANEXO N°5.1: CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION**

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

**NOTA:** Ordenar los trabajos en orden a los certificados adjuntos.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**RUBRO N°5: TRABAJOS DE INVESTIGACION Y DOCENCIA**

|  |
| --- |
| **ANEXO N°5.2: DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES** |
| Universidad o Instituto |  |
| Nombre de la Autoridad Académica |  |
| Cargo  |  |
| Nombre del Postulante |  |
|  |
| Fecha Inicio Docencia | Fecha Termino Docencia | HORAS MENSUALES | CANTIDAD DE MESES | PUNTAJE (Uso de la Comisión) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por la respectiva Autoridad Académica). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas mensuales y cantidad de meses, certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe) |

**Nº 6.1: SERVICIOS DE URGENCIA**

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.)

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

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

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.)

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

Fecha de término : de de \_\_\_\_\_

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**

**Nº 6.2: EXTENSIÓN HORARIA**

Servicio de Salud o Municipalidad \_\_\_\_\_\_

Establecimiento (Consultorio) \_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

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

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

Servicio de Salud o Municipalidad

Establecimiento (Consultorio) \_\_\_\_\_\_

Nombre del Postulante

Cargo desempeñado

Fecha de inicio : de de

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

**Número de Horas Desempeñadas: Hrs.**

\*\*Debe acompañar documento que acredite o certifica la realización de la actividad

**NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado por el respectivo encargado de Sub Dirección de Recursos Humanos o Departamento de Salud). Se verificará la consistencia de la cantidad de horas certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.

El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe)

**(Duplicar las veces que sea necesario)**

**ANEXO N°7: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:**

Para profesionales con Título obtenido en Universidades Chilenas:

* **Certificado que contenga la Calificación Médica Nacional emitida por la Universidad en la cual estudió**, (la Calificación Médica Nacional es la nota, con dos decimales, calculada según el acuerdo de ASOFAMECH de 1989. Esta nota noes equivalente a la nota señalada en el certificado de título**,** la cual no se considera válida como antecedente).

Para profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras:

* Certificado de Título emitida por la Universidad en la cual estudió con nota final de Titulación
* Certificado emitido por la respectiva Universidad con nota de aprobación final y escala de calificaciones aplicada (requisito fundamental para obtener calificación de lo contrario obtendrá 0,00 puntos en este rubro).

**ANEXO** **N° 8: TRABAJO EN ZONA EXTREMA**

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ZONA EXTREMA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL O DE SERVICIO DE SALUD**Regiones I, II, XI, XII, XV, Provincias de Palena, Chiloé e Isla de Pascua y en la comuna de Juan Fernández y Cochamó. (como las referidas en el art. 29 Ley 20.717) |
| Ilustre Municipalidad de / Servicio de Salud |  |
| Nombre  |  |
| Cargo (Alcalde, Subrogante, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) / Director de Salud o Subdirector de Recursos Humanos |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad  |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Tiempo de desempeño (mínimo 6 meses al 30.09.2018) |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Alcalde, Subrogante, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) / Director de Salud o Subdirector de Recursos Humanos |

**ANEXO N° 9: FORMATO CARTA DE REPOSICIÓN**

**SRES.**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

 Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de:

Admisibilidad de mi postulación y/o el 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. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.

**ANEXO Nº 10: FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

 **SRES.**

 **COMISIÓN DE APELACIÓN**

 **PRESENTE**

 Junto con saludarles, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión de:

Admisibilidad de postulación y/o el puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APELACION:** |
| 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 apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. No se evaluarán documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya enviados en su postulación.

**ANEXO Nº 11: FORMULARIO DE RENUNCIA**

**RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACION AÑO 2019**

**CONCURSO MEDICOS CONE-APS**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**ESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CENTRO FORMADOR :**

**DURACION :**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**