**ANEXO 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Beca a la que postula** |  |
| **Universidad** |  |
| **Teléfono** |  |

Timbre

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

Servicio de Salud Aconcagua

**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 N°1 “cronograma”. El formulario debe enviarse de manera digital, luego, el Area de Formación de Especialistas del Servicio de Salud le hará llegar una copia de respaldo de la recepción de este formulario, con fecha y timbre de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del Servicio de Salud, a su correo electrónico. Solo se considerará válido el formulario que cuente con dicho respaldo de recepción.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Título Especialidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Nº 4**

**CARTA DE RESPALDO DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE POSTULACIÓN**

En San Felipe, 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 Aconcagua, con ingreso 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. Así mismo, se declara en conocimiento de que las actividades a su retorno como subespecialista serán realizadas en el establecimiento mencionado en las presentes bases de postulación.

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

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

**ANEXO Nº 5**

**TIEMPO DE DESEMPEÑO EN EL**

**SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA**

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

|  |
| --- |
| **REGISTRO DE RELACIÓN CONTRACTUAL** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | DESDE | HASTA | HORAS CONTRATADAS | TIEMPO SERVIDO | | |
| AÑOS | MESES | DÍAS |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota:** se deben llenar tantos certificados como desempeño en hospitales tenga, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, en original o fotocopia visada por ministro de fe.

**ANEXO Nº 6**

**ANTIGÜEDAD COMO ESPECIALISTA EN EL ESTABLECIMIENTO DE POSTULACIÓN**

El/la Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de Personas del Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

El (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado como **médico especialista certificado** en este establecimiento, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta (DD/MM/AAAA)\_\_\_\_\_\_\_\_, contratado bajo la Ley \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se emite este certificado para ser presentado en Concurso “PROCESO DE SELECCIÓN DE BECAS DE SUBESPECIALIZACIÓN PARA PROFESIONALES FUNCIONARIOS DE LA LEY 19.664, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA, INGRESO 2024”

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

**Nombre, Firma y Timbre del**

**Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de Personas**

**IMPORTANTE:** Debe adjuntar Relación de Servicios y Certificado de Título de Especialidad

**ANEXO Nº 7**

**CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

Nota: Mencione los cursos de capacitación y perfeccionamiento, en el mismo orden que ha adjuntado los Certificados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO** | **NOTA** | **N° HORAS PEDAGÓGICAS** | **PUNTAJE** (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPORTANTE:** Debe adjuntar los respaldos debidamente firmados y timbrados para cada actividad mencionada en el recuadro, de lo contrario, la actividad no se puntuará.

Puede presentar el Certificado de la institución que impartió la capacitación o perfeccionamiento; o bien, presentar el Reporte de Capacitación de la plataforma SIRH firmado en cada hoja del reporte por la jefatura de Capacitación de su establecimiento.

Los respaldos deben entregarse en original o copia legalizada ante Notario.

**ANEXO Nº 8**

**ACTIVIDADES DOCENTES**

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

Nota: Mencione las actividades de docencias realizadas, en el mismo orden que ha adjuntado los Certificados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** | **N° HORAS CRONOLOGICAS** | **PUNTAJE** (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IMPORTANTE:** Debe adjuntar los respaldos debidamente firmados y timbrados para cada actividad mencionada en el recuadro, de lo contrario, la actividad no se puntuará.

Los respaldos deben entregarse en original o copia legalizada ante Notario.

**ANEXO Nº 9.1**

**CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

La jefatura del Servicio Clínico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe, certifica que el(la) profesional funcionario (a) Dr. (a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico cirujano de la especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha desempeñado cargos y funciones de responsabilidad en este establecimiento, según se detalla en tabla inserta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documento Nº / Fecha** | **Designación / Nombramiento / Encomendación** | **Función desarrollada** | **Período (desde DD.MM.AA/ hasta DD.MM.AA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico

**ANEXO Nº 9.2**

**ANOTACIONES DE MÉRITO**

La Jefatura de la Oficina de Personal del Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha registrado las siguientes anotaciones en su hoja de vida, en los últimos cinco años:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANOTACIONES** | **CANTIDAD** | **MOTIVO** |
| DE MÉRITO |  |  |

Se adjunta Hoja de Vida Funcionaria con respaldo de esta información.

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura Oficina de Personal

San Felipe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 10**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* No haber completado una beca de subespecialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No haber abandonado una beca de especialidad o subespecialidad, financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud, por renuncia fuera del plazo legal o desvinculación, a excepción de lo establecido en el artículo 25° del Decreto N° 507/1990 del Ministerio de Salud. Debe adjuntar Resolución que acredite la excepción emitida por la Subsecretaría o el Servicio de Salud respectivo.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO Nº 11**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

1. **Identificación**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  |
| ESTABLECIMIENTO |  |

1. **Detalle de documentación entregada**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÍTEM** | **N° ORDEN** | **DOCUMENTACIÓN** | **N° DE HOJAS** |
| **ADMISIBILIDAD** | 1 | Anexo 3. Formulario de Postulación |  |
| 2 | Anexo 4. Carta de respaldo de la Dirección del establecimiento de postulación |  |
| 3 | Fotocopia simple de Cédula de Identidad y/o Certificado de Residencia Definitiva |  |
| 4 | Certificado de Inscripción del Título de Especialista en el Registro de Prestadores Individuales de Salud |  |
| 5 | Currículum Vitae abreviado |  |
| 6 | Relación de Servicios |  |
| 7 | Hoja de Vida Funcionaria |  |
| 8 | Anexo 10. Declaración Jurada Simple |  |
| **RUBRO 1: Tiempo de Desempeño en el Servicio de Salud Aconcagua** | 9 | Anexo 5. Experiencia en establecimientos de la red asistencial SS Aconcagua. |  |
| **RUBRO 2: Antigüedad como especialista en el establecimiento de postulación** | 10 | Anexo 6. Antigüedad como especialista en el establecimiento de postulación |  |
| **RUBRO 3: Cursos de Capacitación de Perfeccionamiento y Actividades Docentes** | 11 | Anexo 7. Capacitación y Perfeccionamiento |  |
| 12 | Anexo 8. Actividades Docentes |  |
| **RUBRO 4: Reconocimientos Institucionales (Funciones de Responsabilidad y Anotaciones de Mérito)** | 13 | Anexo 9.1 Cargos y Funciones de Responsabilidad |  |
| 14 | Anexo 9.2 Anotaciones de Mérito y de Demérito |  |

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

FIRMA DEL POSTULANTE