**NEXO A: CRONOGRAMA**

**II ANEXOS**

**ANEXO A: CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **FECHA** |
| Publicación Aviso | Viernes 23 de mayo de 2025 |
| Recepción de antecedentes (hasta las 23:59 hrs. del último día) | Lunes 26 al viernes 30 de mayo  De 2025 |
| Comisión Revisora de Antecedentes | Martes 03 y miércoles 04 de junio de 2025 |
| Publicación de Puntajes Provisorios en la página Web | Jueves 05 de junio de 2025 |
| Recepción Reposición y Apelación  (hasta las 23:59 hrs. del último día) | Jueves 05 al miércoles 11 de junio de 2025 |
| Comisión de Reposición y Apelación | Jueves 12 de junio 2025 |
| Publicación de Puntajes Definitivos | Jueves 12 de junio |
| 1er Llamado a Viva Voz | Viernes 13 de junio 2025 |
| 2do Llamado a Viva Voz (por confirmar) | Viernes 20 de junio 2025 |
| Inicio de clases | Martes 1 de julio 2025 |

**ANEXO B**

**DECLARACION JURADA SIMPLE**

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 especialidad anterior, la cual fuera financiada por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* 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 o el Artículo 14° del Decreto Nº 91/2001, según corresponda, del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de término a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO C**

**Carta de Patrocinio Funcionario/a Ley N° 19.378**

La I. Municipalidad de …………………………………………………………., certifica que el/la profesional, Sr(a)

…………………………………………………………………………………, cédula de Identidad Nº………………………..……,

quien desempeña funciones en el establecimiento ………………………………………………………………………,

de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Sur y que cuenta con el respaldo, en su calidad de funcionario, para efectuar su postulación al “Proceso de Selección para cupos en programas de especialización año 2025, para Médicos Cirujanos con desempeño en la Atención Primaria de Salud, contratados por la Ley Nº 19.378”, desarrollado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Si el o la profesional se adjudica una beca, la I. Municipalidad cederá su contratación a la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en calidad de becario Ley 15.076, comprometiendo su Periodo Asistencial Obligatorio en el establecimiento que la Dirección del Servicio establezca, según las necesidades asistenciales a 6 meses antes de finalizar su formación.

………………………………………………………..

Alcalde o Director de Salud Municipal

**NOMBRE – FIRMA Y TIMBRE**

**ANEXO D**

**Carta de Respaldo de la Dirección del Establecimiento de Postulación, Ley 19.664 y/o Ley 15.076**

En Santiago, con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la Dirección del Establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el(la) Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuenta con la aprobación de esta Dirección, para presentar su postulación al Concurso Local de Especialidades gestionado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur, con ingreso 2025.

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

Si el o la profesional se adjudica una beca, esta Dirección cederá su contratación a la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en calidad de becario Ley 15.076, comprometiendo su Periodo Asistencial Obligatorio en el establecimiento que la Dirección del Servicio establezca, según las necesidades asistenciales a 6 meses antes de finalizar su formación.

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

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

**ANEXO E**

**FORMULARIO DE POSTULACION PARA ACCESO A CUPOS DE ESPECIALIDAD CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 N° 1.1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED EN SERVICIOS DE SALUD (ART. 9 LEY N° 19.664)** | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Art. N° 9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Art. N° 9  Ley 19.664 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| 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 | |
| ~~E~~l 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) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | | |

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales de Mediana Complejidad requieren adjuntar un certificado suscrito y firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria.**

Nota: se debe llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes (Certificado de Relación de Servicios y Hoja de Vida funcionaria), sean en original o en fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe.

**ANEXO N° 1.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL (LEY N° 19.378)** | | | | | | | | | |
| Ilustre Municipalidad de |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Antigüedad en 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 | |
| ~~P~~rofesional 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) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Director de Salud Comunal o Encargado de Personal o entidad administradora de Salud Municipal | | | | | | | | | |

**Nota:** Se debe 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° 1.3**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)** | |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento  (Nombre del Hospital) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) | Fecha Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) |
| N° de horas contratadas: |  |
| Fecha emisión anexo: |  |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Empleador | |

**NOTA: El postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.**

**(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de Salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)**

**ANEXO 1.4**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN PROGRAMA REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y DERECHOS HUMANOS (PRAIS)**

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

***CON DESEMPEÑO EN PRAIS EN HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD***

Fecha de emisión :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se certifica que el/la Dr. (a) ……………………………………………………………………………………… se ha desempeñado en labores PRAIS en el establecimiento………………..………………………………………, realizando las siguientes labores de atención primaria:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..   |  |  | | --- | --- | | Inicio |  | | Termino |  | | Horas contratadas |  | | Nombre Subdirector Médico, timbre y firma | | |
|  |
|  |
|  |

**ANEXO N°1.5**

**RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACION** | **COMUNA** | **ESTABLECIMIENTO** | **INICIO**  **(dd/mm/aa)** | **TERMINO**  **(dd/mm/aa)** |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N°2.1**

**ATENCION DE URGENCIA NO HOSPITALARIA**

**DESEMPEÑO EN SAPU – SAPUR - SAR – SUR**

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

Nombre del Establecimiento

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

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

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°2.2**

**EXTENSIÓN HORARIA**

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

Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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°2.3**

**DESEMPEÑO EN URGENCIA HOSPITALARIA Y/O SAMU**

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

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

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

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

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 Jefe de Personal). 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°2.4**

**DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS (UCI-UTI)**

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

Nombre del Establecimiento

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

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

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 Jefe de Personal). 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°3**

**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.

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

**ANEXO N°4**

**CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**LOS POSTULANTES DEBEN ADJUNTAR:**

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).

Profesionales con Título obtenido en Universidades Extranjeras:

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

**ANEXO N°5**

**ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA**

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

**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.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

NOTA:

1. Adjuntar certificado emitido por la entidad académica formadora.

2. Puede adjuntar el Registro de Capacitación de Recursos Humanos que contenga el nombre del curso, año, horas realizadas, nota de aprobación, entidad que realiza la capacitación. Con timbre y firma de RRHH.

3. No se otorgará puntaje a los postulantes que se encuentren cursando la capacitación.

**ANEXO N°6.1**

**CUADRO RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| N° | NOMBRE DEL TRABAJO |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXO N°6.2**  **DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES** | | |
| Universidad o Instituto |  | |
| Nombre de la Autoridad Académica |  | |
| Cargo |  | |
| Nombre del Postulante |  | |
| Fecha Inicio  Docencia | Fecha Termino Docencia | CANTIDAD DE MESES |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Fecha, timbre y firma de Autoridad Académica  **NOTA:** El postulante debe presentar las respectivas acreditaciones y/o certificaciones de respaldo a la información indicada en el anexo. (Acreditado con firma y timbre por la respectiva Autoridad Académica). Se verificará la cantidad de meses, certificadas o acreditadas por la autoridad correspondiente.  El postulante debe adjuntar original o fotocopia legalizada (Notario o Ministro de Fe) | | |

**ANEXO N°7**

**FORMATO CARTA RECURSO DE REPOSICIÓN Y APELACIÓN**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN Y APELACIÓN**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a ustedes para solicitar tengan a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ADMISIBILIDAD:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **PUNTAJE EN RUBROS:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

\_\_\_\_\_

**Firma, Nombre y RUT** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede presentar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes con que cuente para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación, no se evaluarán documentos nuevos.

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

**ANEXO N°08**

**FORMULARIO DE RENUNCIA CUPO DE ESPECIALIZACION**

**CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR AÑO 2025**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO/MUNICIPALIDAD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**ESPECIALIDAD TOMADA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAMPO CLINICO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DURACION :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.**

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

Firma Postulante

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_