**ANEXO Nº 1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación página web | 04.04.2023 |
| Recepción de antecedentes (hasta 12:00 hrs.) | 04.04.2023 – 25.04.2023 |
| Comisión Revisora | 26.04.2023 - 27.04.2023 |
| Puntajes Provisorios | 27.04.2023 |
| Recepción de Antecedentes para Reposición y Apelación en Subsidio (hasta 12:00 hrs.) | 28.04.2023 – 04.05.2023 |
| Comisión de Reposición y Apelación en Subsidio | 05.05.2023 |
| Puntajes Definitivos | 05.05.2023 |
| Primer llamado | 08.05.2023 |
| Segundo llamado | En fecha a definir |

**ANEXO N° 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido paterno** |  |
| **Apellido materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |
| **Universidad** |  |
| **Teléfono** |  |

Timbre

Servicio de Salud Metropolitano Occidente

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo N° 1 “Cronograma”, sólo se considerará válido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

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

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED DEL SSMOcc.**

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

D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en Establecimientos de la Red del SSMOcc. por un periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, contratado bajo la Ley \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Debe adjuntar certificado de relación de servicio que compruebe desempeño. Firmada y timbrada.**

* Se emite este certificado para ser presentado en **CONCURSO LOCAL “ACCESO A FINANCIAMIENTO CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD MÉDICA, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE, INGRESO 2023.”**

**………………………………………………………**

**Nombre y firma Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas Establecimiento**

**Timbre**

**ANEXO Nº 5**

**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 Nº 6.1**

**RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

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 recibido las siguientes distinciones por desempeños destacados, por labores en beneficio de la comunidad o los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento, y/o por su participación en actividades formales organizadas por el Ministerio de Salud u otro:

Fecha o período de la actividad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción del Reconocimiento:

Entidad que lo certifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico

SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 6. 2**

**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

SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 6.3**

**ACTUACIONES EN SITUACIONES CRÍTICAS**

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 colaborado en acciones destacadas durante el período comprendido entre el (DD/MM/AA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y el (DD/MM/AA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en función de situaciones imprevistas, calificadas y valoradas por el suscrito.

Fecha de la situación crítica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Descripción detallada de la Situación Crítica:

Cantidad de Actuaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico

SANTIAGO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO N° 7**

**ANOTACIONES DE MÉRITO Y DEMÉRITO**

La Subdirección de Gestión y Desarrollo de Las Personas 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 |  |  |
| DE DEMÉRITO |  |  |

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

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

Nombre, Firma y Timbre

Jefatura de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas

**ANEXO Nº 8**

**TRABAJOS PUBLICADOS**

**NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PUNTAJE  (Uso exclusivo comisión) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes**

**ANEXO N° 9**

**Formato de carta de Presentación de Reposición con Apelación en Subsidio[[1]](#footnote-1)**

**SRA. DANIELLA GREIBE KOHN**

**DIRECTOR SERVICIO METROPOLITANO OCCIDENTE**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien acoger la solicitud de revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICIÓN:** | | | | | |
| 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)

**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 haber tomado una Plaza o Cupo de subespecialización en algún proceso de selección, realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio o por los Servicios de Salud.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumplimiento a obligaciones docentes y administrativas relativas a cupo de formación en la especialidad o, incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.

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

**FIRMA**

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

**FECHA**

**ANEXO Nº 11**

**CERTIFICADO DE PATROCINIO ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el Director/a de Hospital/Establecimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoriza a D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a postular al **CONCURSO LOCAL “ACCESO A FINANCIAMIENTO PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD MÉDICA, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE, INGRESO 2023”,** y se compromete a mantener las remuneraciones por \_\_\_\_\_ horas semanales desde la fecha de inicio del programa formativo hasta el término de este, y enviar al profesional a formarse bajo la modalidad de Comisión de Estudio.

El compromiso tendrá validez siempre y cuando el postulante se adjudique un cupo para el financiamiento de subespecialidad y sea aceptado por el centro formador.

**………………………………………………………**

**Nombre y firma Director/a Establecimiento**

**Timbre**

**ANEXO Nº 12**

**CERTIFICADO DE COMPROMISO CONTRATO**

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

D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ será contratado/a en una jornada de \_\_\_\_ horas semanales al inicio de su programa de formación de subespecialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en virtud de lo establecido en las bases del **CONCURSO LOCAL “ACCESO A FINANCIAMIENTO PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD MÉDICA, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE, INGRESO 2023”**

El compromiso tendrá validez siempre y cuando el postulante se adjudique un cupo para el financiamiento de subespecialidad y sea aceptado por el centro formador.

**………………………………………………………**

**Nombre y firma Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas Establecimiento**

**Timbre**

**ANEXO N° 13**

**CERTIFICADO DE NOMBRAMIENTO EN NIVEL I DE PLANTA SUPERIOR**

El/la Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas que suscribe, certifica que D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presenta contrato por 22, 33 o 44 horas semanales bajo el amparo de la Ley N°19.664 y se encuentra nombrado/a o asimilado/a en el nivel 1 de la Etapa Planta Superior, en virtud de lo requerido en las bases del **CONCURSO LOCAL “ACCESO A FINANCIAMIENTO PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD MÉDICA, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE, INGRESO 2023”**

**………………………………………………………**

**Nombre y firma Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas Establecimiento**

**Timbre**

1. En el caso de no ser aprobada la Reposición, la documentación pasará automáticamente a Comisión de Apelación, como instancia superior. [↑](#footnote-ref-1)