**ANEXO Nº 1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación página web | 20.05.2024 |
| Recepción de antecedentes (hasta 16:00 hrs.) | 20.05.2024 – 27.05.2024 (hasta las 13:00 Hrs.) |
| Comisión Revisora | 27.05.2024 |
| Puntajes Provisorios | 27.05.2024 |
| Recepción de Antecedentes para Reposición y Apelación en Subsidio (hasta 13:00 hrs.) | 28.05.2024 |
| Comisión de Reposición y Apelación en Subsidio | 28.05.2024 |
| Puntajes Definitivos | 29.05.2024 |
| Cartas de patrocinio y certificados de habilitación | 30.05.2024 – 31.05.2024 |

**ANEXO N° 2**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**

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

Timbre

Servicio de Salud Tarapacá

**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 Unidad de Formación y Capacitacion

|  |
| --- |
| **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 SST**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se ha desempeñado en Establecimientos de la Red del SST 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 TARAPACÁ, INGRESO 2024.”**

**………………………………………………………**

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

**Timbre**

**ANEXO N.º 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.**

Cada postulante deberá presentar un certificado histórico de capacitaciones (SIRH) y el Anexo Nº 5 de las presentes bases, debidamente firmados y timbrados por el encargado de capacitación de su establecimiento. En el caso de actividades de capacitación cuya ejecución no se encuentre registrada en la hoja de vida funcionaria, el postulante deberá presentar certificado original o copia legalizada ante notario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | N.º HRS. | APROBADO CON NOTA | PUNTAJE  (Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N° 6**

**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 debe adjuntar 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 N° 7**

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

**SRA. MARIA PAZ ITURRIAGA LISBONA**

**DIRECTORA SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**

**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 8**

**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 9**

**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 DE TARAPACÁ, INGRESO 2024”,** 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 10**

**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 DE TARAPACÁ, INGRESO 2024”**

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° 11**

**CARTA DE PATROCINIO PARA SER PRESENTADA EN EL PROCESO DE HABILITACIÓN UNIVERSITARIA**

Por medio de la presente, el suscrito deja constancia formal que el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Cirujano con Especialidad en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha participado en el “Proceso de Selección Local para acceso a programas de Especialidad Derivada año 2024”, aprobado mediante Resolución Exenta N°\_\_\_\_\_\_, de fecha\_\_\_\_\_\_\_, quien obtuvo el N° \_\_\_\_\_ en el ranking, para financiamiento ministerial.

Manifiesto nuestro compromiso como Servicio de Salud de apoyar y patrocinar formalmente la Formación a la subespecialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quedando a la espera del resultado del proceso de habilitación Universitaria.

Se extiende el presente certificado a petición del/la interesado/a, para ser presentado en procesos de habilitación que convoquen los Centros Formadores.

**MARIA PAZ ITURRIAGA LISBONA**

**DIRECTORA**

**SERVICIO DE SALUD TARAPACÁ**

Fecha (de emisión del documento)

**ANEXO N° 12**

**CERTIFICADO PARA HABILITACIÓN UNIVERSITARIA**

Por medio de la presente, el suscrito deja constancia formal que el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Cirujano con Especialidad en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha participado en el “Proceso de Selección Local para acceso a programas de Especialidad Derivada año 2024”, aprobado mediante Resolución Exenta N°\_\_\_\_\_\_, de fecha\_\_\_\_\_\_\_ del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien se encuentra en lista de espera, en el N° \_\_\_\_\_ del ranking, para financiamiento ministerial.

En caso que se libere un cupo financiero, avanzará la lista de espera conforme al ranking, y en caso de corresponder, este Servicio de Salud otorgará financiamiento en la formación a la subespecialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se extiende el presente certificado a petición del/la interesado/a, para ser presentado en procesos de habilitación que convoquen los Centros Formadores.

**MARIA PA ITURRIAGA LISBONA**

**DIRECTORA**

**SERVICIO DE SALUD DE TARAPACÁ**

Fecha (de emisión del documento)

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