**ANEXO B: CARATULA DE PRESENTACION DE POSTULACION**

**“PROCESO DE SELECCION PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION AÑO 2016, PARA MÉDICOS CIRUJANOS, PARA DESEMPEÑARSE UNA VEZ FINALIZADA SU FORMACIÓN EN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio de Salud y/o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento(s) de Desempeño** |  |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |

Timbre Unidad de Destinación y Becas

Ministerio de Salud

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente anexo, 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 de Oficina de la Unidad de Destinación y Becas del Ministerio de Salud.

**ANEXO C: Formulario de postulación para el acceso a cupos de especialización Concurso CONE-SS 2016**

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

(Uso de la Comisión)

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)** |
| **Servicio de Salud o Municipalidad** |  |
| **Establecimiento de Desempeño** |  |
| **Dirección Institucional** |  |
| **Contrato vigente (indicar con una “X” la Ley que rige su contrato)** | **19.378** |  |  **19.664** |  | **15.076** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)** |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **Dirección Particular** |  |
| **Comuna** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Teléfono de Contacto** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |
| --- |
| **Si usted se acoge a la rebaja de un año de desempeño previo, resoluciones N° 747 y 876 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, para postular a cupo de especialidades detalladas a continuación. Deberá Indicar con una “X” su opción.** |
| Medicina Familiar | SI |  | NO |  | Obstetricia y Ginecología | SI |  | NO |  |
| Salud Pública | SI |  | NO |  | Pediatría | SI |  | NO |  |
| Medicina Urgencia | SI |  | NO |  | Psiquiatría Adulto | SI |  | NO |  |
| Medicina Interna | SI |  | NO |  | Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia | 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 D: Detalle de la Documentación entregada**

I.- IDENTIFICACIÓN

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

II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubros** | **Anexos** | **N° Hojas** | **SI** | **NO** |
| **Rubro 1:** Desempeño como Médico en establecimientos de Atención Primaria de Salud. | **1** |  |  |  |
| **Rubro 2:** Desempeño como Médico en uno o varios Servicios de Salud  | **2** |  |  |  |
| **Rubro 3:** Desempeño como Médico en Servicios de Urgencia y/o Camas Críticas  | **3** |  |  |  |
| **Rubro 4:** Desempeño en COMPIN -SML- SEREMI | **4** |  |  |  |
| **Rubro 5:** Desempeño como Médico en Instituciones Docentes (Universidades). | **5** |  |  |  |
| **Rubro 6:** Cursos de Capacitación, Perfeccionamiento y Postgrado. | **6** |  |  |  |
| **Rubro 7:** Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) o Calificación Médica Nacional acompañada de escala de evaluación para médico extranjero. | **7** |  |  |  |
| **Rubro 8:**Calificación Médica Nacional (CMN) más escala de evaluación para médico titulado en el extranjero (Certificado) | **8** |  |  |  |
| **OTROS:**  |  |  |  |  |

**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**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD** |
| Ilustre Municipalidad de: |  |
| Nombre del Empleador: |  |
| Cargo (Alcalde, Administrador Municipal o Director de Salud Comunal) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad |  |
| **Contrato Ley 19.378** | **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Contrato Ley 19.664 (Art.9)** | **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| Antigüedad en la APS | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Desglose Antigüedad |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda).  | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) |
| Periodo sin goce de remuneraciones  | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
|  |  |  |
| Medidas disciplinarias |
| Registra. 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 Empleador |

**NOTA:**

**1.- Adjuntar relación de servicio**

**2.- 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.**

**ATENCIÓN: El art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales tipo 3 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.**

**ANEXO N°2**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE SALUD** |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre Subdirector de RR.HH. |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cedula Identidad |  |
| **Contrato Ley 19.664 Art. 9** | **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Contrato Ley 15.076 (28hrs)** | **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Desglose Antigüedad |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda).  | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas | 28 horas |
|  |  |  |  |  |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas | 28 horas |
|  |  |  |  |  |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones  | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
|  |  |  |
| Medidas disciplinarias |
| Registra. 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. |

* + - * Se requiere de un mínimo de 48 meses y un máximo de 60 meses al momento de postulación al proceso.

**NOTA:**

**1.- Adjuntar relación de servicio**

**2.- 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.**

**ANEXO N°3**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN SERVICIOS DE URGENCIA** |
| Servicio de Salud o Municipalidad |  |
| Establecimiento (Hospital, Consultorio, etc.) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **N° de horas:** |  |
| **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.**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN CAMAS CRÍTICAS**  |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento (Hospital) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **Fecha Inicio:** | **Fecha Término:** |
| **N° de horas:** |  |
| **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.**

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

**ANEXO N°4**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO REGIDO POR LEY 18.834 EN COMPIN, SML Y SEREMI** |
| Entidad de desempeño |  |
| Nombre del Empleador |  |
| Cargo del Empleador |  |
| Nombre del Postulante |  |
| **Fecha Inicio:** |  |
| **Fecha Término:** |  |
| Antigüedad de desempeño | Años: | Meses: | Días: |
|  |  |  |
| Desglose Antigüedad |
| **Jornada laboral única** (marcar con “X” lo que corresponda).  | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Los casos en que el profesional se haya desempeñado con **distintas jornadas**, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período (ej: 1 año por 11hrs ó 7meses por 22hrs) | 11 horas | 22 horas | 33 horas | 44 horas |
|  |  |  |  |
| Permiso sin goce remuneraciones (llenar si corresponde) |  |
| Periodo sin goce de remuneraciones  | Fecha Inicio | Fecha Término | N° total de días |
|  |  |  |
| Medidas disciplinarias |
| Registra. 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 Empleador |

**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.**

**ANEXO N°5**

|  |
| --- |
| **DESEMPEÑO EN INSTITUCIONES DOCENTES** |
| Universidad |  |
| Nombre de la Autoridad Universitaria |  |
| Cargo (Decano, Vicedecano, Director de Postgrado) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio Contrato | Fecha Termino Contrato | HORAS | PUNTAJE (Uso de la Comisión) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Fecha, Nombre, timbre y firma |

**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.**

**ANEXO N°6: CURSOS DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y POSTGRADO**

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

1. **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.****PEDAGÓGICAS** | **N° HRS.****CRONOLÓGICA****(0,75xN°HRS PEDAGÓGICA)** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo** **de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**B**. **CUADRO RESUMEN PROGRAMAS DE POSTGRADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADO ACADÉMICO** | **NOMBRE DEL TÍTULO** | **NOTA DE TÍTULO** | **AÑO** **DE TITULACIÓN** | **ENTIDAD ACADÉMICA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOTA:**

**1. Adjuntar certificado de título emitido por la entidad académica formadora.**

**2. No se otorgará puntaje parcial a los postulantes que se encuentren cursando la formación de Magister y/o Doctorado, tampoco para aquellos que teniendo la totalidad de los ramos rendidos no cuenten con el certificado de título.**

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

**ANEXO N°7.A.: EUNACOM**

****

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS CON REVALIDACIÓN, RECONOCIMIENTO O CONVALIDACIÓN EN CHILE DESDE 01.01.2005 HASTA EL 18.04.2009**

Deberán adjuntar:

1. Certificado Calificación Médica Nacional.

2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad

**ANEXO N°7.B.: TABLA PONDERACIÓN ASOFAMECH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2003** |  | **2004** |  | **2005** |  | **2006** |  | **2007** |  | **2008** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Puntaje** |  | **Percentil** |  | **Puntaje** |  | **Percentil** |  | **Puntaje** |  | **Percentil** |  | **Puntaje** |  | **Percentil** |  | **Puntaje** |  | **Percentil** |  | **Puntaje** |  | **Percentil** |
| <=37.5938.3039.0139.7241.1341.8442.5543.2643.9744.6845.3946.1046.8147.5248.2348.9449.6550.3551.0651.7752.4853.1953.9054.6155.3256.0356.7457.4558.1658.8759.5760.2860.9961.7062.4163.1263.8364.5465.2565.9666.6767.3868.0968.7969.5070.2170.9271.6372.3473.0573.7674.4775.1875.8976.6077.3078.0178.7279.4380.1480.8581.5682.2782.9883.6985.8286.5287.23>=92.91 |  | 1.001.121.251.381.641.902.172.432.693.083.674.595.456.237.097.948.9910.0411.55 13.19 14.76 17.19 19.4221.6523.69 25.33 27.56 29.79 31.89 35.04 37.93 40.55 44.49 48.49 51.90 54.59 57.41 60.37 62.86 65.22 67.78 70.34 72.51 75.07 78.41 81.30 83.33 85.10 86.48 88.45 90.29 91.08 91.80 92.72 93.90 94.88 95.54 96.33 97.18 97.83 98.36 98.69 99.02 99.28 99.41 99.54 99.67 99.80100 |  | <=42.0642.6943.3243.9544.5745.2045.8346.4647.0947.7148.3448.9749.6050.2350.8551.4852.1152.7453.3753.9954.6255.2555.8856.5157.1357.7658.3959.0259.6560.2760.9061.5362.1662.7963.4164.0464.6765.3065.9366.5567.1867.8168.4469.0769.6970.3270.9571.5872.2172.8373.4674.0974.7275.3575.9776.6077.2377.8678.4979.1179.7480.3781.0081.6382.2582.8883.5184.1484.7785.3986.65>=87.91 |  | 1.001.221.481.671.992.443.083.604.114.885.857.078.299.5810.8612.2813.6214.4015.8117.6719.1520.8922.5624.1625.7727.3829.1131.4334.4537.2139.9142.8045.6948.4651.0953.7956.4358.9361.4463.5065.4967.4269.0271.0873.3375.5178.0280.3382.3384.1385.6787.4088.7589.7290.7591.7792.9393.9694.6095.2496.1496.9297.3797.8198.2698.6599.0499.2999.4999.6899.81100 |  | <=38.7339.2640.8542.4442.9743.5044.0344.5645.0945.6246.1447.2047.7348.2648.7949.3249.8550.3850.9151.4451.9752.5053.0353.5654.0954.6255.1555.6856.2056.7357.2657.7958.3258.8559.3859.9160.4460.9761.5062.0362.5663.0963.6264.1564.6865.2165.7466.2766.7967.3267.8568.3868.9169.4469.9770.5071.0371.5672.0972.6273.1573.6874.2174.7475.2775.8076.3376.8577.3877.9178.4478.9779.5080.0380.5681.0981.6282.1582.6883.21>=83.74 |  | 1.001.031.161.341.581.761.952.372.923.353.653.954.505.175.666.026.577.368.279.069.7310.8912.5913.8715.0216.8518.5519.8921.2922.8124.8227.0128.8930.7832.6634.6736.3738.2640.8243.6746.4748.6650.5552.8655.2957.7359.9161.6863.8165.7567.8870.8073.1874.6476.0377.2578.6580.2381.8783.5884.9886.3187.4788.5089.5490.6391.7392.8294.2295.4496.0596.7297.3297.5798.0598.4898.6098.7298.9199.33100 |  | <=38.7939.6241.3042.1442.9843.8144.6545.4946.3347.1748.0048.8449.6850.5251.3652.1953.0353.8754.7155.5556.3857.2258.0658.9059.7460.5761.4162.2563.0963.9364.7665.6066.4467.2868.1268.9569.7970.6371.4772.3173.1473.9874.8275.6676.5077.3378.1779.0179.8580.6981.5282.3683.2084.8885.71>=90.74 |  | 1.001.261.611.952.122.412.993.624.194.945.746.667.818.9010.4512.1113.2614.4716.3618.6621.0723.8826.6929.6232.6135.5939.0442.8847.0750.8654.0857.2360.1063.5567.6271.3073.8876.0078.3680.7783.5886.4588.4089.9091.9193.6994.8396.2797.3697.7698.3498.7999.2599.6099.77100 |  | <=40.2340.9541.6742.3943.1143.8344.5545.2745.9946.7147.4448.1648.8849.6050.3251.0451.7652.4853.2053.9254.6455.3656.0856.8057.5258.2458.9759.6960.4161.1361.8562.5763.2964.0164.7365.4566.1766.8967.6168.3369.0569.7770.5071.2271.9472.6673.3874.1074.8275.5476.2676.9877.7078.4279.1479.8680.5881.3182.0382.7584.1986.35>=87.79 |  | 1.001.071.411.701.922.262.713.053.514.245.095.886.797.818.609.7311.1412.5013.9115.3816.8618.7221.0423.1325.3427.7129.8132.0134.6237.2239.9342.7645.3148.0851.4755.5459.1161.7664.3166.8069.4072.2374.6076.5378.9081.3383.7186.2088.4090.0591.4092.6593.9595.1996.3897.5198.3098.7699.0499.4399.7299.83100 |  | <=49,7050,3050,9051,5052,1052,6953,2953,8954,4955,0955,6956,2956,8957,4958,0858,6859,2859,8860,4861,0861,6862,2862,8763,4764,0764,6765,2765,8766,4767,0767,6668,2668,8669,4670,0670,6671,2671,8672,4673,0573,6574,2574,8575,4576,0576,6577,2577,8478,4479,0479,6480,2480,8481,4482,0482,6383,2383,8384,4385,0385,6386,2386,8387,4388,0288,6289,2289,8290,4291,0292,2292,81>=93,41 |  | 1,001,021,461,852,072,292,562,823,183,443,664,154,725,346,227,027,728,659,8410,8611,4312,4013,9915,2316,2017,7819,7321,2722,6824,2326,0428,0229,6631,2032,9734,9136,9439,3242,4545,4147,5349,2951,0652,9154,8156,8059,3661,7864,2567,4870,4373,2175,9078,3380,6782,6184,7787,1688,9290,5192,1493,2094,0095,1596,2996,9597,4898,3799,1299,5199,6999,78100 |

**ANEXO N°8: CALIFICACIÓN MÉDICA NACIONAL**

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES CHILENAS:**

Deberá adjuntar Certificado de Calificación Médica Nacional

**POSTULANTES PROVENIENTES DE UNIVERSIDADES EXTRANJERAS:**

Deberán adjuntar:

1. Certificado Calificación Médica Nacional.

2. Escala de Evaluación de su respectiva Universidad

**ANEXO E.: FORMATO CARTA DE PRESENTACIÓN DE REPOSICIÓN Y APELACIÓN EN SUBSIDIO**

**SRES. COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**PRESENTE**

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

Solicito que los antecedentes expuestos sean elevados a la Comisión de Apelación en subsidio al rechazo de la reposición en los rubros antes señalados.

**.......................................................................................**

**FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE**

**NOTA**:

1. Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos

2. Para que la Reposición sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. **No se considerará información nueva.**

**ANEXO F.: FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

**DRA.**

**GISELA ALARCÓN ROJAS**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES (S)**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la revisión del puntaje otorgado en el(los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE APELACIÓN:** |
| 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**:

1. Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos

2. Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud.

3. Se les recuerda que la documentación debe ser aclaratoria o complementaria a lo ya entregado en su carpeta de postulación. **No se considerará información nueva.**

**ANEXO G.: FORMATO RENUNCIA A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO CONE-SS 2016**

## **CUPO Nº.......**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELEFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**CUPO OBTENIDO :**

**UNIVERSIDAD :**

**SEDE :**

**DURACION :**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**FECHA-.............**

FORMATO DE ESCRITURA PÚBLICA SOBRE CONVENIO DE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTÍA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN

REPERTORIO Nº…

**CONVENIO SOBRE DERECHOS, OBLIGACIONES Y GARANTIA DE BECARIO EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION**

**entre**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**

**y**

**...** nombre completo del becario**......**

EN SANTIAGO, República de Chile, a ... de mayo de dos mil catorce, ante mí, **FELIX JARA CADOT,** Notario Público Titular de la Cuadragésima Primera Notaría de Santiago, con oficio en calle Huérfanos mil ciento sesenta, local doce, comuna de Santiago, comparecen: Doña **………………………………..**, chilena, médico cirujano, Cédula de Identidad número …………………………., en su calidad de Subsecretaria de Redes Asistenciales, y en representación de la **SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**, servicio público con funciones de gobierno en el área de la salud pública, Rol Único Tributario número sesenta y un millones novecientos setenta y cinco mil setecientos guión nueve, según se acredita, ambas con domicilio en calle Mac Iver número quinientos cuarenta y uno, Comuna de Santiago, Región Metropolitana, en adelante indistintamente **“LA SUBSECRETARIA”** o **“EL MINISTERIO DE SALUD”** y, por la otra, ...nombre completo del becario..., ...nacionalidad..., ..cirujano dentista, ...estado civil y régimen patrimonial aplicable..., Cédula de Identidad número ... millones ... guión ..., con domicilio en ..., Comuna de ..., Región ..., en adelante **“EL BECARIO”** ambos comparecientes mayores de edad, a quienes conozco por haberme acreditado su identidad con sus respectivas cédulas ya citadas, y exponen: **PRIMERO. Antecedentes**. **a)** El Ministerio de Salud ha otorgado a ...nombre completo del becario... una beca para financiar su participación en un programa de especialización impartido en la Facultad de ... de la Universidad ... cuya extensión es de ... años, con desarrollo entre el ... de ... de dos mil catorce y el ... de ... de ...; **b)** Dicha beca se otorgó en el procedimiento administrativo llevado a cabo por la SUBSECRETARIA en virtud de lo dispuesto en el artículo cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis, en relación con el numeral primero del inciso primero del artículo dieciocho del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud; y **c)** Lo indicado en las letras a) y b) precedentes consta de la Resolución Exenta número ..., de fecha ... de ... de dos mil catorce, y de la Resolución Exenta número ..., de fecha ... de ... de dos mil quince, ambas del Ministerio de Salud. **SEGUNDO. Objeto**. Este instrumento se otorga para cumplir lo dispuesto en el artículo diecinueve del decreto supremo mencionado en la letra b) de la cláusula primera, en orden a hacer constar en un convenio los derechos y obligaciones que el BECARIO tiene y contrae, respectivamente; y también para establecer la garantía a que es obligado el BECARIO, consistente en la cláusula penal a que se refiere la cláusula quinta de este instrumento. **TERCERO. Derechos del Becario**. **a) Pago de matrículas, derechos o aranceles**. El BECARIO tendrá derecho al pago de los derechos, aranceles y matrículas correspondientes al costo del programa de especialización para el que se le otorgó la beca. Para este efecto, el Ministerio de Salud pagará en forma directa a la Universidad ... dichos conceptos, en favor del BECARIO; **b) Estipendio mensual**. El BECARIO tendrá derecho a percibir mensualmente una cantidad de dinero equivalente a la del sueldo base mensual para un profesional funcionario que cumple una jornada diurna de trabajo de cuarenta y cuatro horas semanales, regido por la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un cien por ciento en el caso de programas de especialización calificados como de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud. También tendrá derecho a este estipendio, o al subsidio del mismo que corresponda, durante el periodo de duración de la licencia médica que el BECARIO presentare, en los mismos términos que los profesionales funcionarios regidos por la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud. **c) Imposiciones previsionales**.El BECARIO tendrá derecho a que se le efectúen las imposiciones previsionales correspondientes, para cuyo efecto se considerará como estipendio imponible la suma indicada en la letra precedente de esta cláusula; **d) Asignación familiar**. El BECARIO tendrá derecho al pago de la asignación familiar por todos quienes sean causantes legales de la misma; **e) Incrementos y bonificaciones previsionales**. El BECARIO tendrá derecho a percibir los incrementos y bonificaciones previsionales a que haya lugar de conformidad con la ley aplicable; **f) Feriado**. El BECARIO tendrá derecho a gozar de feriado en la forma que el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis lo regula para los profesionales funcionarios; **g) Trienios**. El BECARIO tendrá derecho a que, para efectos del cómputo y reconocimiento de trienios, le sea reconocido el tiempo cumplido en esa calidad, siempre que llegue a encontrarse en posesión del certificado de especialistas otorgado por la Universidad ... al término de su programa de especialización; **h) Licencia médica**. El BECARIO tendrá derecho a presentar licencia médica por enfermedad o maternidad, para cuyo efecto deberá comunicar dicha circunstancia al presentarse en le Facultad de ... de la Universidad ... y al Director del establecimiento de salud en el que se desempeñe; y para asistir a actividades académicas que formen parte del mismo; **i) Permisos para rendir pruebas**. El BECARIO tendrá derecho a obtener del Director del establecimiento de salud en el que desarrolle su programa de especialidad los permisos y facilidades pertinentes para rendir las pruebas o exámenes a que deba someterse como parte del programa; **j) Otras asignaciones y bonificaciones**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación y bonificaciones que determinen las leyes, en la medida en que cumpla los requisitos que estas establezcan; **k) Asignación del artículo octavo quáter**. El BECARIO tendrá derecho a percibir la asignación mensual de carácter permanente e imponible sólo para efectos de previsión y salud, en la parte, medida o proporción en la que procedan los presupuestos para su aplicación, establecida en el artículo octavo quáter del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; **l) Información para cumplir el período asistencial obligatorio**. El BECARIO tendrá derecho a ser informado oportuna y formalmente, con al menos seis meses de anticipación a la fecha prevista de término del programa de especialización del establecimiento de salud en que deberá cumplir su obligación de realizar el período asistencial obligatorio; y **m) Contratación**. El BECARIO tendrá derecho a ser contratado con jornada completa por el Servicio de Salud de ... del que dependa el establecimiento de salud en que deba cumplir su obligación de período asistencial obligatorio, con sujeción a las normas legales aplicables a profesionales funcionarios. No obstante, la jornada completa, de cuarenta y cuatro horas semanales, podrá ser reducida a veintidós, cuando el BECARIO – ya como ex becario - asuma otro cargo público por igual cantidad de horas semanales. Para este efecto, la obligación de contratación correlativa que el artículo veinte del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, impone al Servicio de Salud de ... subsistirá como tal durante el mismo tiempo que dure el periodo asistencial obligatorio, sin perjuicio de la continuidad posterior en el desempeño, de conformidad con las normas legales en la materia. **CUARTO. Obligaciones del Becario**. **a) Sujeción a la normativa aplicable**. El BECARIO queda obligado a acatar las normas y disposiciones que regulan el funcionamiento del establecimiento de salud en el o los que deba realizar su programa de especialización y, cumplir su obligación de período asistencial obligatorio; motivo por el que, además, contrae la obligación de conocerlas; **b) Obligaciones docente asistenciales**. El BECARIO debe cumplir todas las obligaciones de carácter docente asistencial propias y necesarias para el desarrollo del programa de especialización y su incumplimiento debe constar en antecedentes calificados, debidamente evaluados por la autoridad superior que corresponda; **c) Dependencia**. El BECARIO dependerá administrativamente del Director del establecimiento al que sea destinado y, en el ámbito docente, de la Facultad de ... de la Universidad ..., los que supervisarán el cumplimiento del programa, y para cuyo efecto se le designará un tutor o director de beca; **d) Jornada de desempeño**. El BECARIO deberá cumplir una jornada de desempeño de cuarenta y cuatro horas semanales, sin perjuicio de los turnos nocturnos, en días sábado, domingo y festivos que deba cumplir, de conformidad con las exigencias del programa de especialización; **e) Lugar de desempeño**. El BECARIO deberá desarrollar las actividades asistenciales, debidamente supervisado, en el establecimiento de salud al que sea destinado, sin perjuicio de las que deba cumplir en otros establecimientos de acuerdo con el programa de especialidad; **f) Rendición de pruebas.** El BECARIO deberá presentarse a rendir todas las pruebas o exámenes que formen parte del programa de especialización; **g) Periodo asistencial obligatorio**. El BECARIO deberá realizar un período asistencial obligatorio a continuación del período formativo del programa de especialidad, en calidad de profesional funcionario con jornada completa en un establecimiento de salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud por un plazo igual al doble del de duración de su beca. En consecuencia, el plazo de esta obligación en el caso del BECADO es ... años. Para este efecto, el BECARIO cumplirá su obligación en .... En cuanto a la exigibilidad de esta obligación, el BECARIO deberá iniciar su cumplimiento sin solución de continuidad entre el término del programa de especialización y el inicio del período asistencial obligatorio. Sin perjuicio de lo anterior, toda interrupción de la continuidad en el cumplimiento de esta obligación solo podrá ser autorizada por la SUBSECRETARIA o por el Director del Servicio de Salud, siempre que se acrediten razones excepcionales o de fuerza mayor. El lugar de destino para el cumplimiento de esta obligación no obsta a su cambio de conformidad con lo dispuesto en el artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro; **h) Constitución de garantía**. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere esta cláusula, el BECARIO contrae la obligación de constituir una garantía, misma obligación que el Ministerio de Salud declara cabal y debidamente cumplida con la cláusula penal a que se refiere la cláusula siguiente de este instrumento, por la suma equivalente en pesos de ... Unidades de Fomento, que corresponde al monto total de todos los gastos que representa el programa de especialización, más la estimación practicada por la SUBSECRETARIA respecto de los gastos derivados de un eventual incumplimiento, incrementados en un cincuenta por ciento; **i) Vigencia de la garantía constituida**. Es obligación del BECARIO mantener vigente, en su integridad, por todo el período de desarrollo de la beca y hasta el término del periodo asistencial obligatorio, la garantía constituida por él, a la que se refiere la letra h) precedente. En consecuencia, tuviere lugar un hecho cualquiera en virtud del cual la cláusula penal que se pacta en la cláusula siguiente perdiere eficacia por cualquier razón o circunstancia, subsistirá la obligación del BECARIO en orden reponer, sustituir o reotorgar la garantía; y **j) Convenio**. La SUBSECRETARIA declara cumplida en este acto y por virtud del mismo la obligación del BECARIO en orden a suscribir con ella un convenio en el que consten sus derechos y obligaciones. **QUINTO. Cláusula Penal**. De conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo doce de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y en el artículo veintitrés del Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud; y con el objeto de garantizar el cumplimiento oportuno y completo de las obligaciones a que se refiere la cláusula anterior, las partes otorgantes convienen en avaluar los perjuicios que se deriven del incumplimiento de una cualquiera de dichas obligaciones en la suma de ......... por su equivalente en pesos a la fecha en que se interponga la demanda en contra de BECARIO, y en particular, pero no exclusivamente, en el evento de que se produzca uno de los siguientes hechos: a) Que el BECARIO no se presente ante el Director del Servicio de Salud ......... a cumplir su Período Asistencial Obligatorio; b) Que, habiendo iniciado oportunamente el cumplimiento a su Período Asistencial Obligatorio abandone su obligación de concluir dicho período, ya sea por renuncia u otro hecho imputable a su persona. Para acreditar el incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones el BECARIO bastará el certificado correspondientes extendido por la SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES o por el Director del Servicio de Salud de ........., a cada uno de los cuales, a mayor abundamiento, el BECARIO faculta desde ya en forma irrevocable para proceder a extender en forma unilateral dicha certificación. Lo dispuesto en esta cláusula rige a contar de la fecha de esta escritura y hasta el término completo del plazo por el que el BECARIO contrae la obligación de desempeñar el periodo asistencial obligatorio. **SEXTO. Efectos**. **a) Efectos en cuanto al otorgamiento de este instrumento**. Por el otorgamiento de este instrumento no quedan comprometidas ninguna de las atribuciones y potestades públicas de las autoridades del Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud ni de los Directores de establecimientos de salud; las que además de observar el cumplimiento de lo establecido en el mismo, no empeñan ni comprometen el ejercicio de toda otra atribución propia o delegada en el ejercicio de sus respectivas funciones pública. En consecuencia, el BECARIO declara comprender y aceptar en forma irrevocable que este instrumento no puede ser esgrimido para impugnar o cuestionar decisiones de autoridad que se extiendan a aspectos o materias que, pudiendo tener algún grado de relación con las que en éste se mencionan, no estén específicamente señaladas en mismo. Por ello, se entiende y acepta que la eficacia jurídica de este instrumento se restringe a las materias mencionadas expresamente en el mismo, quedando a disposición del BECARIO, en otros aspectos, el derecho a todos los recursos y procedimientos administrativos existentes ante los órganos de la Administración indicados como ante la Contraloría General de la República; **b) Efectos del cumplimiento cabal y oportuno de las obligaciones del BECARIO**. Por consistir cada uno de los hechos indicados en la cláusula tercera, sobre derechos que asisten al BECARIO, en los mismos que se regulan en los artículos octavo quáter y cuarenta y tres del Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley quince mil setenta y seis; y en el Decreto Supremo número quinientos siete del año mil novecientos noventa, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Becarios de la Ley quince mil setenta y seis en el Sistema Nacional de los Servicios de Salud, el cumplimiento de sus obligaciones indicadas en la cláusula cuarta, con base en la misma ley y reglamento mencionados, obliga a las autoridades a adoptar las medidas administrativas y de gestión que en cada caso corresponda; **c) Efectos derivados de incumplimientos de BECARIO**. A mayor abundamiento de lo que ya disponen el inciso segundo del artículo segundo y el artículo veinticuatro, ambos del decreto supremo mencionado en la letra precedente, conforme a los cuales, consecutivamente, *“El incumplimiento de las obligaciones docentes asistenciales o administrativas que corresponden a los profesionales becarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, que conste en antecedentes calificados debidamente evaluados por la autoridad superior correspondiente, dará lugar a que el Subsecretario de Salud o el Director de Servicio Salud, en su caso, ponga término a la beca mediante resolución fundada.”*; y que *“El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad al período asistencial obligatorio, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía (...), administrativamente y sin más trámite”*; se hace constar que la sanción jurídica a que se refieren las normas citada se encuentra vinculada al cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones mencionadas en la cláusula cuarta de este instrumento; y **d) Efectos en cuanto a la renuncia del BECARIO**. **Uno**. Si la renuncia se presenta dentro de los treinta días siguientes al inicio de la beca: El BECARIO deberá devolver el estipendio recibido y los gastos incurridos por concepto de matrículas y aranceles. Sólo podrá optar a otra beca otorgada por las entidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud, excepcionalmente, en el concurso siguiente, siempre y cuando invoque un motivo justificado y aceptable para la SUBSECRETARIA o para el respectivo Director de Servicio de Salud, en su caso; **Dos**. Si la renuncia se presenta después de treinta días de iniciada la beca: El BECARIO incurrirá en inhabilidad para postular a ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años y administrativamente y sin más trámite se le hará efectiva la garantía constituida. Este efecto no tendrá lugar si la presentación de la renuncia se ha fundado en hechos que dificulten o impidan la prosecución de la beca, que sean aceptados por la SUBSECRETARIA o por el respectivo Director de Servicio de Salud, en cuyo caso se pondrá término a la beca, sin sanciones. **SEPTIMO. Sobre la calidad jurídica de BECARIO**. La beca otorgada el BECARIO es un mecanismo de financiamiento y, por ende, representa una cantidad de dinero que se paga en su beneficio. No constituye un cargo o empleo público y, por ende, tampoco confiere la calidad jurídica de funcionario ni la de profesional funcionario, en los términos en que los que a dicha calidad se refieren el respectivo artículo primero de la ley diecinueve mil seiscientos sesenta y cuatro y de la ley quince mil setenta y seis, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó mediante el Decreto con Fuerza de Ley número uno de dos mil uno, del Ministerio de Salud, calidad jurídica con la que además, es incompatible. **OCTAVO. Gastos**. Todos los gastos que se originen en el otorgamiento de este instrumento y de todo otro que fuere necesario para complementarlo, rectificarlo o modificarlo serán de cargo del BECARIO; así como también todo gasto o costa judicial, tanto de carácter procesal como personal, en que se deba incurrir en el evento de que la garantía que la ley exige al BECARIO para asegurar el cumplimiento de su Periodo Asistencial Obligatorio, se cobre judicialmente. **NOVENO. Personería**. La personería de doña ANGELICA PAZ VERDUGO SOBRAL para representar a la SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES consta del Decreto Supremo número treinta y dos, de diecisiete de marzo de dos mil catorce, del Ministerio de Salud, tomado razón por la Contraloría General de la República el día veintinueve de abril del mismo año, que el BECARIO declara conocer y que no se inserta a petición de las partes. **DECIMO. Documentos**. Por expreso acuerdo de las partes, ninguno de los documentos mencionados en este instrumento se incorpora al texto del mismo, todos los cuales son conocidos de las mismas y quedan agregados a este instrumento en copia fotostática. En comprobante, previa lectura, firman los comparecientes con el Notario que autoriza. Se da copia. Doy fe.

.........indicar nombre completo del BECARIO.........

C.I. Nº.........

C.I.

p.p. DIRECTOR/A SERVICIO DE SALUD