**ANEXO Nº 2**

CARATULA DE PRESENTACIÓN

POSTULACIÓN AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad**  |  |
| **e-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |
| **Especialidad a la que postula (indicar solo una opción)** |  |
| **Establecimiento de devolución (marcar x)** | **HUAP \_\_\_\_\_ HEC \_\_\_\_\_\_ DAP \_\_\_\_\_\_ SSMC \_\_\_\_\_\_**  |

|  |
| --- |
| Timbre y fecha de Recepción |
| Departamento de Capacitación y Formación |

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo Nº1 “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Departamento de Capacitación y formación del Servicio de Salud Metropolitano Central.

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 3** |

**CUPOS DISPONIBLES PARA PROGRAMAS DE**

**ESPECIALIZACIÓN CON DEVOLUCIÓN EN SSMC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESPECIALIDAD | CUPOS | UNIVERSIDAD | DURACIÓN AÑOS | ESTABLECIMIENTO DESTINO POST BECA |
|
| MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | 1 | UNIVERSIDAD MAYOR | 3 | HOSPITAL CLINICO EL CARMEN “Dr. LUIS VALENTÍN FERRADA” |
| MEDICINA DE URGENCIA | 1 | SANTIAGO DE CHILE | 3 | SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL |
| MEDICINA FAMILIAR | 1 | SANTIAGO DE CHILE | 3 | DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA |
| NEUROLOGIA ADULTOS | 1 | SANTIAGO DE CHILE | 3 | SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL |
| PSIQUIATRIA ADULTO | 2 | SANTIAGO DE CHILE | 3 | SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL |
| **TOTAL DE CUPOS** | **06** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº 4** |

**FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Folio** |  |  |  |  | Meses de Antigüedad |  |  |
| **Uso exclusivo Comisión** |

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

RUT

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **.** |  |  |  | **.** |  |  |  | **-** |  |

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono móvil +56 9 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio de Salud o Municipalidad de origen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Establecimiento de Desempeño\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación contractual vigente o situación (marcar con una X), respaldada en Relación de Servicios, certificación de antigüedad o nombramiento:

\_\_\_ Ley 19.664 (art. 9º)

\_\_\_ Ley 15.076 (28 hrs. AP)

\_\_\_ Ley 19.378 (APS municipal)

\_\_\_ Recién egresado (últimas promociones); año egreso 2016\_\_\_\_ 2017\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **Nº de Hojas Enviadas** |
|  | Carátula de presentación de la postulación  |   |
|  | EUNACOM |  |
|  | Calificación Medica Nacional (CMN) |  |
|  | Formulario único de Postulación  |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |   |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 las especialidades de: Medicina Familiar – Salud Pública – Medicina de Urgencia – Medicina Interna – Obstetricia y Ginecología – Pediatría – Psiquiatría Adulto o Psiquiatría Pediátrica y Adolescencia. Debe indicar con una “X” su opción. | **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 POSTULANTE**

ANEXO Nº 5

FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

ii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

iii)

|  |  |
| --- | --- |
| **TITULO:** |  |
| **AUTORES:** |  |
| **CONGRESO O REVISTA:** |  |
| **FECHA DE PRESENTACION:** |  |

|  |
| --- |
| **Uso Exclusivo Comisión** |
| Puntaje Obtenido:  |

**ANEXO Nº 6**

# FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

**NOMBRE 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 07

**FORMATO CARTA DE APELACIÓN**

**Sr. Alexander Pérez Méndez**

**DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**PRESENTE.**

 Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitarle tenga a bien acoger la solicitud de 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 RUN** (del postulante)

**NOTA**:

* Se puede apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. **NO se aceptaran documentos nuevos, solo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.**