

II. ANEXOS

ANEXO N° 1: CRONOGRAMA

DETALLE	FECHA
Publicación en Página Web Servicio Salud Magallanes link: https://www.saludmagallanes.cl	24.06.2024
Recepción de antecedentes hasta 12:00 hrs. del	27.06.2024 12 horas
Comisión de Evaluación	27.06.2024
Publicación Puntajes Provisorios	27.06.2024
Recepción de Apelaciones hasta 12:00 hrs.	28.06.2024
Comisión de Apelación	01.07.2024
Publicación Puntajes Definitivos	01.07.2024
Otorgamiento de Patrocinio	01.07.2024
Inicio	Dependerá de cada Centro Formador considerando el inicio año 2024

El presente cronograma es referencial, puede sufrir modificaciones y/o ajustes por razones de fuerza mayor o de buen servicio, los que se comunicarán oportunamente a través de la página web del Servicio de Salud Magallanes (<https://www.saludmagallanes.cl/>), banner "Concurso para Médicos y Odontólogos 2024", entendiéndose así conocidas por todos los postulantes, por lo que se recomienda visitar regularmente dicho portal y realizar el seguimiento al proceso.

ANEXO N° 2
CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN

BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664

Servicio de Salud	
Establecimiento(s) de Desempeño	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Nombres	
Cedula de Identidad	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Correo electrónico	
Dirección	
Comuna	
Región	
Teléfono de contacto	
Fecha de Nacimiento	
Universidad de Egreso	
Fecha de Egreso	
Universidad donde curso la Especialidad	
Nombre de Perfeccionamiento	
Programa de Subespecialización al cual postula	

Timbre y Fecha
Oficina de Partes
Servicio de Salud Magallanes

Nota: El postulante deberá conservar una copia del presente anexo, para acreditar en caso de que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el Anexo N°1 "Cronograma", solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del Servicio de Salud Magallanes. En caso de que los formularios enviaron mediante correo electrónico este se imprimirá para certificar el horario y fecha de entrega.

ANEXO N° 3
FORMULARIO DE SOLICITUD COMISION DE ESTUDIOS

“BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664”

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN		
N° de Folio		N° Meses de Antigüedad

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RUN:	Profesión	Grado:
Cargo:	Calidad Jurídica:	
Establecimiento:	Departamento:	
Nombre de la Actividad para realizar:		
Funciones del Comisionado:		
Correo institucional:	Correo Personal:	

Antecedentes Comisión de Estudios
Indicar objetivos en el cual se enmarca la pasantía:

Tipo de Pasantía:	
Objetivo del Viaje:	
Impacto en la gestión (indicar área específica):	
País: Canadá	Ciudad:

N° días Actividad: Fecha Inicio Fecha Término

Compromiso de Replica (uso exclusivo del funcionario solicitante)	Una vez finalizada la comisión de servicios, el funcionario se compromete a:
	Rélicas a equipo de trabajo:
	Otro:

Comisiones mayores a 3 meses	a) La ausencia del funcionario afecta el normal funcionamiento de la Unidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) Es necesaria la designación de un reemplazante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Justificar respuesta anterior:	
	c) Indicar Nombre, Profesión, Especialidad y Función del reemplazante:	
	d) Indicar Nº de Profesionales en la Unidad y sus especialidades:	

Solicitud de Mantenimiento Remuneraciones	Total	
	Parcial (indicar %)	

Detalle comisiones al exterior realizadas (últimos dos años)			
Destino	Periodo	Motivo	Nº Oficio y fecha envío Informe de Cumplimiento

Autorización		
Director del Establecimiento		Firma
Jefe Recursos Humanos		Firma
Jefe Directo		Firma
Interesado		Firma

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
DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Nombre	
Rut	
Establecimiento de desempeño (empleador)	

Descripción	Anexos	Nº Hojas
Carátula de presentación de postulación.	2	
Formulario de solicitud Comisión de Estudio	3	
Detalle de la Documentación entregada	4	
Carta de Jefatura directa especificando los médicos que cubrirán ausencia	-	
Carta de Respaldo de la Subdirección Medica	-	
Carta del respectivo Director del Establecimiento de desempeño del postulante, que Autorice el requerimiento de formarse en el Programa de Perfeccionamiento solicitado, y que señale disponibilidad de horas de su dotación para contratación en jornada de 44 horas, si quedara seleccionado. Acompañada de la carta de la Jefatura directa y Subdirección Medica.	-	
Certificado/s de antigüedad laboral o Relación de Servicio.	5	
Copia simple de la Cédula de Identidad o Certificado de Residencia definitiva en Chile si corresponde.	-	
Certificado de Título de Médico Cirujano Original o Fotocopia legalizada.	-	
Certificado de egreso de la Especialidad o Certificado de título de Especialista o CONACEM aprobado, según corresponda.	-	
Certificado de inscripción del Registro de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.	-	
Declaración Jurada Simple.	6	
Declaración de Pertinencia	8	

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

SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA
UNIDAD CAPACITACION

ANEXO N° 5 CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA RED ASISTENCIAL
--

El/La Subdirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas del Hospital _____
_____, certifica que:

El/la Dr./Dra. Se ha desempeñado en dicho establecimiento con contrato de _____ horas semanales, desde
el día _____ del mes de _____ del año _____, hasta el día ____ del
mes _____ del año _____.
Contratado bajo la Ley N° _____.

Se emite este certificado para ser presentado en el:

**BASES DE PROCESO EXTRAORDINARIO DE SELECCIÓN PARA OPTAR A COMISION DE ESTUDIOS EN
PROGRAMAS DE PERFECCIONAMIENTO AUTOGESTIONADOS POR Y PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS DE
ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD MAGALLANES, LEY 19.664**

Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y Timbrada.

.....
**NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE
SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

ANEXO N° 6
DECLARACION JURADA SIMPLE

Yo: _____

Rut: _____, Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Tener salud compatible con el cargo (Artículo 12 letra c del Estatuto Administrativo)
- No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por 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 beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por algún otro Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio de Salud 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 Supremo N° 507/1990 del Minsal (caso para el cual debo adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).
- No encontrarme inhabilitado para postular, ser contratado, o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado por incumplimiento a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación de especialidad o incumplimiento de Periodo Asistencial Obligatorio.

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA
UNIDAD CAPACITACION

ANEXO N° 7
FORMATO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DE APELACIÓN

DIRECTOR/A SERVICIO SALUD MAGALLANES
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):

RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					
RUBRO N°		Puntos otorgados		Puntos esperados	
Argumentación:					

Nombre, Firma y RUT (del postulante) _____

ANEXO 8

DECLARACION DE PERTINENCIA

**Razones que han determinado su interés en cursar el Programa indicado en esta Solicitud.
Expectativas generales respecto de su desarrollo profesional.**

Impacto que tendría su formación en la Red Asistencial del Servicio de Salud Magallanes.

JEFE DIRECTO

(Acredita que las funciones que realiza el
funcionario son pertinentes con el curso
al cual postula)

FIRMA POSTULANTE

(Compromiso de no desertar del curso en
caso de ser seleccionado y da fe de la
información entregada en el presente
formulario)



SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUA
UNIDAD CAPACITACION

**ANEXO N° 9
DECLARACIÓN SIMPLE**

Yo: _____

Rut: _____, Declaro tener en conocimiento lo siguiente:

Que al aceptar esta pasantía que realizare fuera de la ciudad, **perderé** la asignación de zona que actualmente estoy percibiendo.

Ley 19664:

Punta Arenas: 70%
Puerto Natales: 85%
Porvenir: 85%
Puerto Williams: 105%

Fecha:

.....
FIRMA DEL POSTULANTE

ANEXO N° 9

DECLARACIÓN SIMPLE

Yo: _____
Rut: _____,

(Establecimiento)

Por la presente, declara que en caso de ser seleccionado/a realizar Pasantía en el tema de:

En _____

(Identificación de la institución académica)

A partir del _____ al _____

y se compromete a permanecer en su lugar de desempeño por el doble del período en que ha sido capacitado en esta actividad con posterioridad al término de dicha pasantía sin que le sea permitido un cambio en sus funciones o renunciar al Servicio.

Del mismo modo debe quedar establecido que la presente actividad no dará origen a ningún aumento de las remuneraciones (entiéndase aumento de grado) ni en el caso del ámbito clínico cambio de rol de turno a menos que sea iniciativa del establecimiento de origen.

FIRMA DEL POSTULANTE