**ANEXO Nº 2.1**

**CARATULA DE PRESENTACIÓN DE**

**POSTULACIÓN**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL INGRESO 2022”-**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **E-mail** |  |
| **Establecimiento de desempeño** |  |
| **Tipo de nombramiento:**   * Ley 19.664 (art. 9°) en DAP dependiente * Ley 19.378, Atención Primaria Municipal * Ley 15.076 cargo de 28 horas AP |  |

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

**Timbre y Firma**

**Oficina de Partes**

**Servicio de Salud Metropolitano Central**

**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 N°1 “cronograma”, sólo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Oficina de Partes del SSMC

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2.3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN BECAS DE 3 Y 4 AÑOS, PERIODO 2022**

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfonos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dirección particular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de nombramiento (marcar con una X)**

\_\_\_\_\_\_Ley 19.664 (art. 9°) en DAP dependiente

\_\_\_\_\_\_Ley 19.378, Atención Primaria Municipal

\_\_\_\_\_\_Ley 15.076 cargo de 28 horas AP

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
|  | Carátula de presentación de la postulación |  |
|  | Copia legalizada de título de Especialidad |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | Registro Superintendencia de Salud |  |
|  | Certificados de desempeño laboral y experiencia |  |
|  | Certificado de Calificación del desempeño del periodo anterior que se encuentre registrado |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |  |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |
|  | Declaración jurada simple de no haber tomado beca de en otro concurso ministerial o del SNSS |  |

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN URGENCIA Y CAMAS CRITICAS (LEY N° 15.076)**  **ANEXO N° 3.1** | |
| Servicio de Salud Metropolitano Central |  |
| Establecimiento  (Nombre del Hospital) |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Fecha Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) | Fecha Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  (dd/mm/aa) |
| N° de horas contratadas: |  |
| 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.**

**(Si cumplió desempeño en más de un Servicio de Salud o en distintos periodos, duplicar las veces que sea necesario)**

**ANEXO N° 3.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESEMPEÑO EN LA RED DEL ASISTENCIAL DEL SSMC (ART. 9 LEY N° 19.664) O DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE APS MUNICIPAL, LEY N° 19.378** | | | | | | | | | |
| Servicio de Salud |  | | | | | | | | |
| Nombre del Establecimiento |  | | | | | | | | |
| Nombre de Postulante |  | | | | | | | | |
| Cédula de Identidad |  | | | | | | | | |
| Fecha Inicio contrato Art. N° 9  Ley 19.664 o contrato de la ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Fecha Término Contrato Art. N° 9  Ley 19.664 contrato de la ley 19.378 (dd/mm/aa) |  | | | | | | | | |
| Antigüedad en el Servicio de Salud | Años: | | | Meses: | | | Días: | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Jornada laboral (marcar con “X” lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio | 11 horas |  | 22 horas | |  | 33 horas |  | 44 horas |  |
| Fecha Inicio | | Fecha Inicio | | | Fecha Inicio | | Fecha Inicio | |
| F. Término | | F. Término | | | F. Término | | F. Término | |
| ~~E~~l profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde) | Fecha Inicio | | | Fecha Termino | | | N° total de días | | |
|  | | |  | | |  | | |
| Registra medidas disciplinarias (marcar con “X” lo que corresponda) | No | | | | | SI (llenar recuadro siguiente) | | | |
|  | | | | |  | | | |
| Medidas Disciplinarias aplicadas | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Fecha, nombre, timbre y firma del Subdirector de RR.HH o Jefe de Personal | | | | | | | | | |

Para los cupos de formación en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina de Urgencia, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Salud Pública, Neurología y Oftalmología. Se requiere un mínimo de 12 meses al 31.05.2022. **Para otras especialidades se requiere de un mínimo de 36 meses al 31.05.2022 para postular.**

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

Nota: se debe 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 o Ministro de Fe.

**ANEXO N° 3.3**

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN ESTABLECIMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD**

**CON LABORES DE APS**

***ESTE CERTIFICADO DEBE SER PRESENTADO SOLO POR LOS MÉDICOS LEY 19.664 ART.9***

Fecha :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Subdirector(a) Médica del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dr(a)…………………………………………………………………………..……RUT............................................... Certifica que el/la Dr.(a).......................................................................................................se ha desempeñado en labores de Atención Primaria

Fecha inicio……….../.........../……….... Fecha de término…………../……….../………....

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

Firma del Subdirector(a) Médico(a) del SS Timbre

**Según lo indicado en el art. 5° del D.S. 91/01 señala que los médicos que se desempeñan en Hospitales Comunitarios requieren una certificación del Subdirector Médico del Servicio de Salud en el sentido de dejar claro que desempeñaron labores de atención primaria. Estos profesionales deberán presentar este certificado firmado por el Subdirector Médico del Servicio de Salud.**

Nota: Se debe 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 o Ministro de Fe.

**ANEXO N°3.4**

**RESUMEN DESEMPEÑO PREVIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LEY CONTRATACIÓN** | **COMUNA** | **ESTABLECIMIENTO** | **INICIO**  **(dd/mm/aa)** | **TERMINO**  **(dd/mm/aa)** |
| **19.378** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **19.664** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **15.076** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N°3.5**

**ESQUEMA DE ANTIGÜEDAD FUNCIONARIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | | | AÑO ( ) | | | | | | | | | | | |
| ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Al llenar:**

1. **Indique el año correspondiente al desempeño de las funciones en el espacio entre paréntesis “Año ( )”**
2. **Marque con Lápiz destacador los periodos servidos en las funciones que acrediten con certificado**
3. **Adjuntar tantos documentos de esquema como años de servicio que correspondan**

ANEXO Nº 4

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

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

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

ii)

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

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

iii)

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

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

iv)

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

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

v)

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

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

**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 HORAS** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE**  **(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO Nº 6**

**SRES.**

**COMISIÓN DE REPOSICIÓN**

**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):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Puntaje en Rubros |  |

Marcar con una X lo que corresponde

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)

**NOTAS**:

* Se puede Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición 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.**
* Para Apelar necesariamente debe Reponer

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

**ANEXO Nº 7**

**SRES.**

**COMISIÓN DE APELACIÓN**

**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)

* Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la impugnación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes con que cuenten para apoyar la solicitud. Solo documentos aclaratorios de los ya enviados en la postulación. **NO SE EVALUARÁN DOCUMENTOS NUEVOS.**
* Para Apelar necesariamente debió haber presentado Reposición.

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

**ANEXO Nº 8**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Run |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
| Establecimiento de desempeño |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA | |
| Por la presente acepto el cupo del Programa de Especialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Ingreso al Programa de Especialización 2022, aceptando las condiciones que se señalan:   * Acepto cancelar la matrícula del Programa de Especialización, con posterior reembolso cuando el Servicio pague los aranceles. * Acepto las condiciones de la beca y pago de estipendios por el establecimiento al que se me asigne durante el periodo que dure la formación y el pago de los derechos arancelarios que corresponda al periodo de especialización. * Acepta la suscripción de Escritura Pública a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como especialista, en un establecimiento del Servicio Salud Metropolitano Central. | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** | |

**ANEXO Nº 9**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE NO HABER TOMADO BECA DE ESPECIALIZACIÓN EN OTRO CONCURSO MINISTERIAL O DEL SNSS**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro no haber tomado una beca de especialización en algún otro proceso de selección anterior realizado por esta Subsecretaría o por algún Servicio de Salud del país, el cual fuera financiado por el Ministerio 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 Nº 507/1990 o el Artículo 14° del Decreto Nº 91/2001, según corresponda, del Ministerio de Salud (caso para el cual debe adjuntar resolución de termino a la beca sin sanciones emitida por el Servicio de Salud respectivo).

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

**D. NOMBRE POSTULANTE**

**ANEXO Nº 10**

**FORMULARIO DE RENUNCIA AL CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

**CONCURSO LOCAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL AÑO 2022**

**CUPO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO**

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

**APELLIDO MATERNO**

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

**NOMBRES**

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

**RUN TELÉFONO (Móvil o Fijo)**

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

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

**SERVICIO DE SALUD DE DESEMPEÑO/MUNICIPALIDAD DE DESEMPEÑO**

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

**ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**REGIÓN Y COMUNA DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO**

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

**ESPECIALIDAD TOMADA :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIVERSIDAD :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAMPO CLÍNICO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DURACIÓN :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaro que renuncio al cupo de especialización obtenido en este proceso de selección.**

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

Firma Postulante

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 11**

**CUPOS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIDAD DISPONIBLES PARA EL CONCURSO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSIDAD** | **ESPECIALIDAD** | **CUPOS** | **DURACIÓN** | **SERVICIO DE SALUD** | **ESTABLECIMIENTO PAO** |
| DIEGO PORTALES | MEDICINA FAMILIAR | 3 | 3 AÑOS | METROPOLITANO CENTRAL | SSM Central. POR DEFINIR DESDE SUBDIRECCIÓN MÉDICA |
| UNIVERSIDAD FINIS TERRAE | MEDICINA INTENSIVA ADULTOS | 2 | 4 AÑOS | METROPOLITANO CENTRAL | SSM Central. POR DEFINIR DESDE SUBDIRECCIÓN MÉDICA |
| UNIVERSIDAD FINIS TERRAE | ONCOLOGÍA MÉDICA | 1 | 4 AÑOS | METROPOLITANO CENTRAL | SSM Central. POR DEFINIR DESDE SUBDIRECCIÓN MÉDICA |
| UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CHILE | GERIATRÍA | 1 | 4 AÑOS | METROPOLITANO CENTRAL | SSM Central. HOSPITAL EL CARMEN |