**ANEXO B: FORMATO CARTA DE IMPUGNACIÓN**

**SR. SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

Junto con saludarle, me dirijo a Ud. para solicitar tenga a bien acoger la revisión de los antecedentes entregados

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Inadmisibilidad |  | Rubro |  |

Marcar con una X lo que corresponde

**Inadmisibilidad**

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

\_\_\_\_

**RUBRO Nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_\_ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

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

**RUBRO Nº**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_\_ptos. otorgados.

\_\_\_\_\_\_ptos. esperados.

**Argumentación de Reposición/Apelación:**

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

En el evento de no acogerse la reposición, solicito se deriven los antecedentes a la Comisión de Apelación.

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

**Nombre, RUT y Firma**

(del postulante)

**NOTA**:

* Se puede reponer/apelar tanto por un rubro como por todos ellos, puede presentar la cantidad de anexos que considere necesarios.
* Para que la Reposición/Apelación sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.

**ANEXO C: FORMATO FORMULARIO RENUNCIA A CUPO DE SUBESPECIALIDAD**

**PROCESO DE SELECCIÓN SUBESPECIALIDADES 2025**

**CUPO N°\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO (Móvil o Fijo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TELÉFONO ALTERNATIVO DE CONTACTO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SUBESPECIALIDAD :**

**UNIVERSIDAD :**

**CAMPO CLINICO :**

**DURACIÓN :**

**SERVICIO DE PAO :**

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

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

**FIRMA POSTULANTE**

**Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2025.**

**ANEXO D: DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUN N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo N° 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido/a 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 N° 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado/a para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado/a por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo.
* No encontrarme inhabilitado/a para postular, ser contratado/a o designado/a en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumplimiento del Periodo Asistencial Obligatorio.
* Estar en conocimiento que puedo estar contratado/a en un cargo de un mínimo de 22 hrs. (Ley N°19.664) al momento de postular a este financiamiento, y que, al ingresar al Programa Académico, debo contar con un cargo de 44 hrs. (Ley N°19.664). Considerando que mi remuneración se mantendrá en base a las horas contratadas, y no en base a la Jornada de Formación, debido a que el Programa Académico requiere dedicación exclusiva de 44 (Ley 19.664) horas semanales y la devolución del Periodo Asistencial Obligatorio, deberá ser por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, en Jornada de 44hrs. de conformidad de las disposiciones contenidas en el Art. N°12 de la ley N°19.664 y 17 del decreto N°507, de 1990, y Art. 11 del D.S. N°91/2001, todos del Ministerio de Salud o de lo contrario, gestionar personalmente con directivos de mi establecimiento, un correlativo equivalente a la Jornada que dure el Programa académico.

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

Firma Postulante

**Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2025.**

**ANEXO N°1: TRABAJO EN ZONAS DESATENDIDAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO**  **ZONA EXTREMA:** Regiones Tarapacá - Antofagasta - Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo - Magallanes y Antártica Chilena - Arica y Parinacota. Así como las Provincias de Palena, Chiloé e Isla de Pascua, la comuna de Juan Fernández y Cochamó. (Referencia Art. 29 y 33 Ley N°20.717)    **ZONA DE DIFICIL PROVISIÓN:** Servicios de Salud Arauco, Aconcagua, Araucanía Norte, Chiloé, Atacama, Valparaíso San Antonio (Hospital Claudio Vicuña).  M. Occidente (H. San José de Melipilla, H. de Talagante, H. de Peñaflor).  M. Sur (H. El Pino, H. San Luis de Buin).  M. Sur Oriente (CRS H. Provincia Cordillera, H. Padre Hurtado).  M. Norte (Complejo Hospitalario San José). | |
| Servicio de Salud |  |
| Nombre establecimiento desempeño |  |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula Identidad |  |
| Fecha Inicio contrato vigente |  |
| Nombre, timbre y firma del/la Director/a o Subdirector/a de Recursos Humanos o Jefe de Personal del establecimiento de salud | |

**Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 2025.**

**ANEXO N°2: CARTA DE RESPALDO**

**SR. SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES**

**PRESENTE**

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para informar que mediante la presente carta se autoriza y respalda la postulación del /la Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien cumple funciones asistenciales en el Hospital a mi cargo. En este contexto, el/la profesional, sería autorizado/a a cursar un programa de formación en la subespecialidad médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante la figura de Comisión de Estudios, por el período que se extienda el programa de formación y mantendrá durante su formación, la misma remuneración correspondiente a la Jornada contratada, de 44 horas de la **Ley 19.664**, con respaldo a cargo de este establecimiento. Por último, en el caso que el/la profesional señalado/a se encuentre desarrollando el **Período Asistencial Obligatorio** derivado de la especialidad primaria, este tiempo de devolución será adicionado al término del periodo anterior.

Se emite el presente documento para presentar la postulación al “Proceso de Selección de Subespecialidades medicas ingreso 2025”.

Saluda atentamente a usted,

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

**Nombre, firma y timbre**

**Director/a**

**Establecimiento de origen**

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

**Nombre, firma y timbre**

**Director/a Servicio de Salud**

**FECHA DE EMISION: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2025**

**ANEXO N°3: FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del Curso** | **Nº Horas (pedagógicas o cronológicas)** | **Aprobado con nota** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**NOTA: Ordenar los Cursos de capacitación o perfeccionamiento por certificado adjunto.** **Fotocopiar esta página cuando sea necesario.**

**ANEXO N°4: CERTIFICADO DE DOCENCIA - ACADÉMICO**

La Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorga el siguiente certificado al

Dr.(Dra.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por pertenecer al cuerpo docente de la Institución.

Temporalidad: Desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pondera el puntaje de acuerdo a la siguiente tabla:

Mas de 1 año 70%

Mas de 2 años 80%

Mas de 3 años 90%

Mas de 4 años 100%

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

**Firma del Decano Director Postgrado-Jefe de Dpto.**

**ANEXO 4.1: CERTIFICADO DE DOCENCIA - DOCENTE COLABORADOR NIVEL 1**

La Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorga el siguiente certificado al

Dr.(Dra.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por su supervisión clínica sistemática directa o indirecta en su horario asistencial Ej: supervisión en sala, box de atención, policlínico, pabellón, turnos de residencia o de urgencia.

Temporalidad: Desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pondera el puntaje de acuerdo a la siguiente tabla:

Mas de 1 año 10%

Mas de 2 años 20%

Mas de 3 años 30%

Mas de 4 años 40%

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

**Firma del Decano Director Postgrado-Jefe de Dpto.**

**ANEXO 4.2: CERTIFICADO DE DOCENCIA - DOCENTE COLABORADOR NIVEL 2**

La Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorga el siguiente certificado al

Dr.(Dra.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por su supervisión clínica sistemática directa o indirecta en su horario asistencial Ej: supervisión

en sala, box de atención, policlínico, pabellón, turnos de residencia o de urgencia. Además de participación en gestión académica, clases teóricas, seminarios y/o evaluaciones.

Temporalidad: Desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pondera el puntaje de acuerdo a la siguiente tabla:

Mas de 1 año 40%

Mas de 2 años 50%

Mas de 3 años 60%

Mas de 4 años 70%

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

**Firma del Decano Director Postgrado-Jefe de Dpto.**

**ANEXO N°5: JEFATURA EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL**

Nombre del/la Postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio de Salud:

Nombre del Establecimiento:

Cargo desempeñado:

Fecha de inicio:

Fecha de término:

Documento que acompaña o respalda:

Servicio de Salud:

Nombre del Establecimiento:

Cargo desempeñado:

Fecha de inicio:

Fecha de término:

Documento que acompaña o respalda:

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

Nombre, timbre y firma

Subdirector/a de RR.HH o Jefe de Personal

**Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / 2025**

**NOTA:** El/la postulante debe adjuntar en original o fotocopia legalizada ante notario o Ministro de Fe los certificados que acrediten lo indicado en este anexo.

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

**ANEXO 5.1: ESQUEMA DE FUNCIONES DE JEFATURA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FUNCION DE RESPONSABILIDAD | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |