

II.- ANEXOS

ANEXO A CRONOGRAMA

**CRONOGRAMA PROCESO DE SELECCIÓN
PARA QUIMICO FARMACEUTICO
INGRESO AÑO 2023**

DETALLE	FECHA
Publicación Aviso	06/04/2023
Recepción de antecedentes	06/04/2023 al 20/04/2023
Comisión Revisora de Antecedentes	21/04/2023 y 24/04/2023
Publicación de Puntajes Provisorios en la página Web	24/04/2023
Recepción Reposición	25/04/2023 y 26/04/2021
Comisión de Reposición	27/04/2023
Publicación de Puntajes Provisorios c/Reposición (PDF)	27/04/2023
Recepción de Apelaciones	28/04/2023 al 03/05/2023
Comisión de Apelación	04/05/2023
Publicación de Puntajes Definitivos	05/05/2023
Llamado a Viva Voz	08/05/2023

ANEXO B

ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2023 PARA QUÍMICOS FARMACÉUTICOS CON DESEMPEÑO EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Uso exclusivo Comisión							
Número de Folio					Meses de Antigüedad		

CONTRATADOS BAJO LA LEY Nº 19.664 O 15.076.

IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)		
Servicio de Salud		
Establecimiento		
LEY DE CONTRATACION	Art. 9 - 19.664	15.076
(marque con una X la que corresponda)		
Apellido paterno		
Apellido materno		
Nombres		
Cedula de identidad		
Dirección particular		
Comuna		
Región		
Universidad de titulación		
Año de titulación		
Teléfono		
Correo electrónico		
Nacionalidad		

Nota: el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso de 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 la Oficina de Partes Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

ANEXO C
FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA CLINICA PARA CONCURSO QUIMICOS FARMACEUTICOS 2023

IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)				
Servicio de Salud				
Establecimiento de desempeño				
Contrato vigente (indicar con una "X" la Ley que rige su contrato)	Art. 9		15.076	
	19.664			

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)	
Nombre completo	
Cédula de identidad	
Dirección particular	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Universidad egreso	
Año de titulación	

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
PATROCINIO DEL DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD A POSTULANTE EN LA OBTENCIÓN DE
CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA CLÍNICA

El Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Dr. Fernando Betanzo Vallejos autoriza a D. _____ a postular en el proceso de selección para acceder a cupo en programa de especialización en Farmacia Clínica, inicio 2023 y se compromete a mantener las remuneraciones equivalentes a 44 horas semanales desde la fecha de inicio del programa formativo hasta el término de este, y enviar al profesional a formarse bajo la modalidad de Comisión de Estudio.

El compromiso tendrá validez siempre y cuando el postulante se adjudique un cupo para cursar el programa de formación en la especialidad de Farmacia Clínica.

Por otra parte, como contrapartida, el/la profesional adquirirá el compromiso de retornar al establecimiento para cumplir con un Periodo Asistencial Obligatorio (PAO) por el doble del tiempo que dure el programa de formación. Para estos efectos, se suscribirá un convenio mediante Escritura Pública el que, además, constituirá la garantía necesaria para resguardar el cumplimiento de la obligación mencionada, de conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo N° 23 del Decreto Supremo N° 507 de 1990, modificado por el Decreto Supremo N° 7 de 2018 y el artículo 19° del Decreto Supremo N° 91 de 2001, modificado por el Decreto Supremo N° 6 de 2018, todos del Ministerio de Salud.

DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Fecha de emisión: _____

ANEXO E
PATROCINIO DEL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPEÑO A POSTULANTE EN LA OBTENCIÓN DE
CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA CLINICA

El _____ Director/a _____ de
Hospital/Establecimiento _____
Sr./Sra. _____

autoriza a D. _____ a postular en el proceso de selección para acceder a cupo en programa de especialización en Farmacia Clínica, inicio 2023 y se compromete a mantener las remuneraciones equivalentes a 44 horas semanales desde la fecha de inicio del programa formativo hasta el término de este, y enviar al profesional a formarse bajo la modalidad de Comisión de Estudio.

El compromiso tendrá validez siempre y cuando el postulante se adjudique un cupo para cursar el programa de formación en la especialidad de Farmacia Clínica.

Por otra parte, como contrapartida, el/la profesional adquirirá el compromiso de retornar al establecimiento para cumplir con un Periodo Asistencial Obligatorio (PAO) por el doble del tiempo que dure el programa de formación. Para estos efectos, se suscribirá un convenio mediante Escritura Pública el que, además, constituirá la garantía necesaria para resguardar el cumplimiento de la obligación mencionada, de conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo N° 23 del Decreto Supremo N° 507 de 1990, modificado por el Decreto Supremo N° 7 de 2018 y el artículo 19° del Decreto Supremo N° 91 de 2001, modificado por el Decreto Supremo N° 6 de 2018, todos del Ministerio de Salud.

FIRMA DIRECTOR (A)

Fecha de emisión: _____

DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

I. Identificación

NOMBRE	
RUT	
ESTABLECIMIENTO	

II. Detalle de documentación entregada

ÍTEM	N° ORDEN	DOCUMENTACIÓN	N° DE HOJAS
ADMISIBILIDAD	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
RUBRO 1:	10		
	11		
RUBRO 2:	12		
	13		
	14		
	15		
RUBRO 3:	16		
RUBRO 4:	17		
	18		
	19		
RUBRO 5:	20		
RUBRO 6:	21		

 FIRMA DEL POSTULANTE

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

Yo _____

Cédula de Identidad N° _____,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
- No estar sometido 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 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 encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
- No encontrarse siendo parte de, o haber obtenido, una especialidad o un programa de magíster reconocido como tal.

FIRMA

FECHA

ANEXO Nº 1
IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO ACTUAL Y DESEMPEÑO EFECTIVO
COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente certifica que Don/ñ.....

C.I..... se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en:

Ley	Jornada (44-22/28 Hrs.)	Desde	Hasta
19.664			
15.076			

Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días

Cargo y Nombre

Firma y Timbre

Fecha de emisión: _____

En 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.

ANEXO 1.2

DESEMPEÑO ANTERIOR EN MUNICIPIO (LEY N° 19.378)				
Ilustre Municipalidad de				
Nombre del Establecimiento				
Nombre del Director de Salud Comunal				
Nombre del Postulante				
Cedula Identidad				
Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)				
Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)				
Antigüedad en la APS	Años:		Meses:	
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
Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)	Fecha Inicio		Fecha Termino	
Fecha, nombre, timbre y firma Director de Salud Comunal				

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 Nº 2.1
SUB RUBRO ATENCION DIRECTA A PACIENTES

NOMBRE _____

RUT _____

Servicio de Salud	Establecimiento	Actividad	Cargo de quien certifica	Nombre de quien certifica
			-	

Todo lo expuesto debe ser acompañado por las certificaciones correspondientes

**ANEXO N° 2.2
SUB RUBRO PROTOCOLOS**

NOMBRE _____

RUT _____

N° ORDEN	NOMBRE PROTOCOLO, NORMA O GUÍA	PUNTAJE (USO EXCLUSIVO COMISIÓN)

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes

ANEXO N° 2.3
SUB RUBRO FUNCIONES DIRECTIVAS O DE GESTIÓN

SERVICIO DE SALUD _____ FECHA _____

ESTABLECIMIENTO _____

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO _____

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

ANEXO Nº 2.4
SUB RUBRO PARTICIPACIÓN

NOMBRE _____

RUT _____

FECHA	NOMBRE ACTIVIDAD REUNIÓN-COMITÉ-CITACIÓN	PUNTAJE (USO EXCLUSIVO COMISIÓN)

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes

ANEXO Nº 4.1
DOCENCIA UNIVERSITARIA O TUTORÍA

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

_____ marcar con una X la casilla que corresponda _____

TIPO DE DOCENCIA

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios

ANEXO N° 4.2
DOCENCIA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

_____ marcar con una X la casilla que corresponda _____

TIPO DE DOCENCIA

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios

ANEXO Nº 4.3
DOCENCIA – CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

_____ marcar con una X la casilla que corresponda _____

TIPO DE DOCENCIA

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

TIPO DE DOCENCIA

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

Fecha de inicio : _____ de _____ de _____

Fecha de término : _____ de _____ de _____

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD _____

Total meses _____ horas Cronológicas por mes _____

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios

**ANEXO Nº 5
TRABAJOS PUBLICADOS**

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

NOMBRE DEL TRABAJO	PUNTAJE (Uso exclusivo comisión)

Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes

**ANEXO Nº 6
PROPUESTA DE RETORNO**

NOMBRE DEL POSTULANTE _____

RUT _____

1.- Especifique las principales funciones que cumple hoy en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo y que se relacione directamente con el programa al cual postula:

a) _____

b) _____

c) _____

2.- Al término de la actividad, ¿qué aprendizajes personales y profesionales espera obtener que le permita transformar las prácticas cotidianas y su visión sobre la atención de salud proporcionada? (impacto esperado)

3.- Señale cómo su futuro desempeño dará cuenta de la aplicación de lo aprendido durante el programa.

4.- Indique su experiencia en la atención de pacientes, si la tiene.

5.- Presentación libre.

.....

FIRMA DEL POSTULANTE

ANEXO Nº 7
Formato de carta de Impugnación

SR. DIRECTOR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
PRESENTE

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

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

Marcar con una X lo que corresponde

Inadmisibilidad

RUBRO Nº _____: _____ptos. otorgados.
_____ptos. esperados.

Argumentación de Reposición:

RUBRO Nº _____: _____ptos. otorgados.
_____ptos. esperados. (Repítase tantas veces como sea necesario)

Argumentación de Reposición:

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

Nombre Firma y RUT

(del postulante)

NOTA:

- Se puede impugnar tanto por un rubro como por todos ellos
- Para que la impugnación sea evaluable se requiere que se adjunten todos los antecedentes aclaratorios con que cuenten para apoyar la solicitud. Documentación nueva no es válida.

