**ANEXO 1 Ficha de Postulación**

**Concurso público de directores Centros de Atención Primaria**

**Corporación Municipal de Viña del Mar**

**1. IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| RUT |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| DOMICILIO |  |
| TELÉFONO DE CONTACTO |  |
| NACIONALIDAD |  |

**2. ANTECEDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| PROFESIÓN |  |
| CARGO ACTUAL\* |  |
| INSTITUCIÓN ACTUAL\* |  |
| MOTIVO DE POSTULACIÓN |  |

\*Si actualmente no se encuentra trabajando debe colocar No Aplica.

Mediante esta postulación declaro mi completa aceptación a todo aquello lo indicado en las bases al concurso que postulo mediante el ingreso del presente expediente de postulación.

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

Nombre, RUT y Firma del postulante

**ANEXO 2 REQUISITOS DE POSTULACIÓN**

Por este medio quien suscribe declara que los siguientes antecedentes que adjunto son oficiales y no han sido alterados o modificados de forma alguna:

1. Currículum en formato de ANEXO 3 (no se considerará formato libre).

2. Certificado de antecedentes para fines especiales.

3. Certificado de nacimiento o certificado de nacionalización si corresponde.

4. Cédula de identidad por ambos lados legalizada ante notario.

5. Certificado de situación militar cuando corresponda.

6. Certificado de salud compatible para el ejercicio de cargo de Director(a) de un Centro de

Salud Familiar, emitido por médico de algún prestador institucional público o privado.

7. Copia legalizada de certificado de título profesional de una carrera de a lo menos 8 semestres, en el caso de “otros profesionales” deberá adjuntar además acreditación de la formación en el área de salud pública legalizada ante notario.

8. Declaración jurada ante notario de no estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito.

9.- Declaración jurada ante notario de no haber cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria los últimos 5 años.

10.- Certificado de no estar inhabilitado/a para trabajar con menores de edad.

11. Declaración jurada donde conste que la persona no mantiene deuda concepto de pensión de alimentos.

Adicionalmente, me encuentro en conocimiento que de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes que he presentado, ésta misma quedará invalidada en cualquier etapa del presente concurso, sin perjuicio de las demás acciones civiles o penales que pudieran derivar de este acto en contra de mi persona.

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

Nombre, RUT y Firma del postulante

**ANEXO 3 Curriculum Resumido**

En este apartado deberá adjuntar al currículum los certificados originales o copias legalizadas que avalen su experiencia, postítulos y postgrados. Los certificados de cursos podrán ser incorporados como copia simple.

1. ANTECEDENTES PERSONALES.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE (Mayúscula y en negro) | |
|  | |
| RUT | NACIONALIDAD |
|  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
|  |  |
| ESTADO CIVIL | DIRECCION |
|  |  |
| FONO (casa, oficina, celular) | E-MAIL (personal y oficina) |
|  |  |

**2. TITULO(S) PROFESIONAL(ES) Y/O GRADOS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITULO –Indicar Universidad o Instituto, y Año de Titulación** | | |
| **Título y/o Grado** | **Universidad o Instituto** | **Año Titulación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3. EXPERIENCIA LABORAL : Los cargos ejercidos que indique no se deben superponer, por tanto debe completarlo diferenciando la labor realizada conforme al título de cada tabla (puede agregar cuantas filas le sean necesarias)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en atención primaria de salud | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en gestión en Atención Primaria de salud en cargos de Dirección o Sub Dirección. | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en gestión en Atención Primaria de salud en cargos de Jefatura de programa, jefatura de sector, coordinación CECOSF u otras unidades en el contexto | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiencia laboral en otras áreas de la salud pública o docencia universitaria. | | |
| **Fecha (mes, año)** Ingreso y salida | **Empresa o Institución Pública.** | **Cargo** **(Indicar grado y calidad en que se encuentra: honorarios, a contrata o de planta.)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. PERFECCIONAMIENTO.**

**4.1 Post-Grados y/o Post título.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESDE LO MAS RECIENTE, EN EL SIGUIENTE ORDEN (Doctorado, Magíster, Diplomado) | | | |
| **Año de Titulación** | **Nombre****Postgrado y/o Postítulo** | **Institución** | **Duración (Indique cantidad de horas)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4.2 Seminarios, Cursos, Talleres, otros.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESDE LO MÁS RECIENTE, EN EL SIGUIENTE ORDEN: | | | |
| **Año de Egreso** | **Nombre****Curso** | **Institución** | **Duración (Indique número de cantidad de horas)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

5**. INFORMACIÓN ADICIONAL**

|  |
| --- |
| COMPLETE TODA OTRA AQUELLA EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL QUE CONSIDERE RELEVANTE PARA EL PRESENTE PROCESO. |
|  |

**6. REFERENCIAS**

|  |
| --- |
| Indique las referencias laborales (nombre, cargo y medio de contacto) de su experiencia profesional |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**6. ADJUNTOS**

**Declaro que adjunto \_\_\_\_\_ documentos al presente currículum.**

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

**Nombre, Rut, Fecha, Firma**

**ANEXO 4** **DECLARACIÓN JURADA**

**(Legalizada ante notario público)**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo juramento no estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito, ni haber cesado en cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria, aplicada en conformidad a la Ley 18.834.

Asimismo, declaro conocer y aceptar las Bases del Concurso, que la información proporcionada tanto en lo personal como la documentación que la certifica, es fidedigna, y por tal motivo:

- Autorizo a la Corporación Municipal Viña del Mar para el Desarrollo Social, para que ejecute las acciones que estime pertinentes para la verificación de mis antecedentes, y eventualmente ejercer acciones legales en caso de que alguno de estos antecedentes sea falso.

- Acepto la anulación absoluta de mi postulación en el evento de comprobarse la falsedad de alguno de los antecedentes presentados.

-----------------------------------------------------

**Nombre, Rut y Firma del postulante**

**ANEXO 5 Evaluación de conocimientos**

Alguna materia de los siguientes contenidos podrá ser evaluada:

1. Orientaciones para la planificación y programación de la red 2025.
2. Conocimiento sobre Ley 21.643 “Ley Karin”
3. Ley 19.886 de “Compras Públicas”.
4. Presupuesto y ejecución presupuestaria.
5. Funciones esenciales de la salud pública.
6. [Plan Nacional de Salud: Ejes estratégicos, Objetivos y Metas de Impacto](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-02-2022.pdf)
7. [Participación Ciudadana en Atención Primaria](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-03-2022.pdf)
8. [Vigilancia de Enfermedades transmisibles de Notificación Obligatoria](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-04-2022.pdf)
9. Programas de atención primaria de salud
10. Políticas, planes, modelos, y otros relativos a los programas en atención primaria.
11. Normativas y regulaciones asociadas a los programas de salud en atención primaria.
12. Orientaciones técnicas de los diferentes programas de reforzamiento presentes en atención primaria.
13. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad
14. Indicadores de atención primaria y metas sanitarias Ley 19.813.
15. Ley 19.966, decretos y circulares, entre otras normas relativas.
16. Reforma de salud en Chile.
17. Ley 19.378, estatuto de atención primaria en salud, decretos y normativas relativas, así como leyes y normas suplementarias.
18. Código sanitario.
19. Ley 20584 de derechos y deberes de los pacientes, así como los decretos y reglamentos asociados.
20. Calidad y acreditación en salud.
21. Gestión en emergencia, epidemias y desastres.
22. Liderazgo y gestión de las emociones.
23. Normas relativas a probidad y transparencia.
24. Responsabilidad legal en salud.
25. Normas técnicas básicas para la autorización sanitaria.
26. Pauta de acreditación para la atención abierta.
27. Gestión del cambio.

**ANEXO 6. Pauta de evaluación de presentación del Plan de trabajo.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CATEGORIA | EXCELENTE  (5 puntos por ítem) | BUENO  (4 puntos por ítem) | REGULAR  (2 puntos por ítem) | MALO  (0 puntos por ítem) |
| Innovación y factibilidad | Menciona estrategias innovadoras y factibles de realizar, con impacto en la comunidad | Sólo menciona ideas innovadoras o factibles, de limitado impacto comunitario. | Las ideas innovadoras y/o factibles presentadas son débiles y producen efectos organizacionales positivos de regular alcance. | Las ideas innovadoras y/o factibles están erradas, no consideran limitaciones normales, presupuestarias y prácticas, podrían causar efectos negativos en la organización |
| Calidad | La presentación es correcta, considera los aspectos técnicos, organizacionales y normativos, incorpora criterios de calidad acreditación. | La presentación no considera los criterios técnicos más importantes en el análisis y mantiene debilidades prácticas para lograr incorporar los procesos de calidad y acreditación | La presentación considera de forma parcial los procesos organizacionales necesarios de calidad y acreditación. | La presentación contiene errores en criterios técnicos y/o organizacionales. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CATEGORIA | EXCELENTE  (5 puntos por ítem) | BUENO  (4 puntos por ítem) | REGULAR  (2 puntos por ítem) | MALO  (0 puntos por ítem) |
| Plan de trabajo | El plan de trabajo está construido correctamente. | Plan de trabajo con algunos errores técnicos u organizacionales en la elaboración | El plan de trabajo tiene dificultades de aplicación, ni realiza las estrategias para alcanzar todos los objetivos. | El plan de trabajo tiene debilidades considerando para su desarrollo, elementos que no se encuentran disponibles desde su rol como director de un Centro de Salud Primario. |
| Creatividad y originalidad de la propuesta. | La presentación contiene elementos creativos u originales que le dan valor a su propuesta y promueve el desarrollo de la salud en esa comunidad. | La presentación contiene criterios nuevos en la gestión de Viña del mar, pero que se encuentran dentro de las actuales propuestas existentes en diferentes comunas a nivel nacional. | La presentación contiene propuestas originales pero que no son aplicables desde su rol como Director de un Centro de Salud. | La presentación no contiene elementos que doten de creatividad y/u originalidad a la propuesta. |
| Tiempos de entrega y formatos solicitados. | Entrega la presentación en el formato que le fue solicitado y en el plazo. | No aplica | No aplica | La presentación se entrega fuera de plazo. |
| Efectos organizacionales. | La presentación considera los diferentes efectos de su propuesta en una organización y en las personas. | La presentación menciona algunos efectos organizacionales, aunque son de menor relevancia. | La presentación no menciona efectos organizacionales. | La presentación menciona actividades que pueden causar efectos organizacionales negativos en las personas. |