



Para proveer los cargos de red de atención primaria de salud Los Muermos

**MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS  
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**2023**

**BASES DEL CONCURSO INTERNO DE ANTECEDENTES PARA PROVEER CARGOS DOTACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE LOS MUERMOS, EN CALIDAD DE INDEFINIDO, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA LEY 19.378 Y REQUISITOS ESPECIFICOS CONTEMPLADOS EN LA LEY N°21.308.**

**I. IDENTIFICACIÓN DE LOS CARGOS A PROVEER**

<b>Categoría</b>	<b>N° vacantes</b>	<b>Estamento</b>	<b>Disponibilidad</b>	<b>Total horas</b>	<b>Establecimiento</b>
<b>A</b>	2	Médicos	44 horas	132	CESFAM
	1	Químico farmacéutico	44 horas		CESFAM
<b>B</b>	1	Kinesiólogos/as	44 horas	308	CESFAM
	1	Enfermero/a	44 horas		SAPU
	2	Enfermero/as	44 horas		CESFAM
	1	Psicólogo/a	44 horas		CESFAM
	1	Asistente social	44 horas		CESFAM
	1	Ingeniero Civil Industrial	44 horas		DESAM
<b>C</b>	3	Técnicos en enfermería de nivel superior	44 horas	220	CESFAM
	2	Técnicos en enfermería de nivel superior	44 horas		SAPU
<b>E</b>	1	Administrativos	44 horas	132	DESAM
	1	Administrativos	44 horas		CESFAM
	1	Administrativos	44 horas		SAPU
<b>F</b>	1	Auxiliar de Servicio	44 horas	88	DESAM
	1	Conductor	44 horas		CESFAM

## **1. REQUISITOS DE POSTULACIÓN**

### **1.1 Requisitos Generales:**

Los postulantes al concurso interno deberán cumplir los requisitos de ingreso a una dotación del artículo N°13 de la ley 19.378.

- a) Ser ciudadano/a (Presentar Fotocopia de Cédula de identidad chilena por ambos lados y Anexo 2 “FICHA DE POSTULACIÓN DE SELECCIÓN CONCURSO INTERNO 2022”)
- b) Haber cumplido con la ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere procedente.
- c) Tener salud compatible con el desempeño del cargo (Presentar Certificado médico Según formato adjunto)
- d) No haber cesado en un cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, salvo que hayan transcurrido más de cinco años desde la fecha de expiración de funciones, y
- e) No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado por crimen o simple delito.
- f) No estar afecto a las inhabilidades de la Ley N° 19.653, sobre probidad Administrativa. (Presentar Anexo 1 llenado)
- g) Según lo estipulado en artículo N° 33 de la Ley N° 19.378, se deberá estar en posesión de un título, correspondiente a los siguientes profesionales: Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químicos- Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos – Dentistas. o Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos y otros con formación en el área de salud pública, debidamente acreditada. (Presentar copia legalizada de certificado de título)

Sin perjuicio de lo anterior, categorías A y B presentar Título Profesional el cual debe ser de una carrera de al menos 8 semestres de duración, categoría C título Técnico de Nivel Superior, categoría E licencia de Enseñanza Media y categoría F licencia de Enseñanza Básica. (Art. N° 6,7,8 y 9 Ley 19.378).

En el caso de los profesionales extranjeros podrán postular aquellos que posean Título legalmente reconocidos (dictamen 31.939 de 1997) y contar con EUNACOM aprobado.

En el caso de médicos, estos deberán cumplir con artículo 1 de Ley 20.261, contar con EUNACOM aprobado.

### **2.2 Requisitos Específicos:**

Podrán postular los/las funcionarios/as que, a la fecha del llamado a concurso interno de la respectiva entidad administradora de salud municipal, cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- a. Estar contratado a plazo fijo en dicha entidad administradora de salud municipal.
- b. Haber trabajado en dicha entidad administradora de salud a lo menos tres años, continuos o discontinuos, en modalidad de plazo fijo. Para efectos de este requisito, también se considerarán los años en que el/la funcionario/a haya prestado servicios en calidad de honorarios en la misma entidad administradora, sujeto a una jornada de trabajo de treinta y tres o más horas semanales.

## **3. PROCESO DE POSTULACION Y RECEPCION DE ANTECEDENTES**

### **3.1 Disponibilidad de las Bases de Concurso**

Las bases estarán disponibles para ser descargados desde la página Web de la Ilustre Municipalidad de Los Muermos [www.muermos.cl](http://www.muermos.cl), ruta concursos públicos, a contar del 16-10-2023 y hasta el 27-10-2023, del mismo modo las bases se podrán retirar en Oficina de Partes del Departamento de Salud Municipal, ubicada en Federico Redlich S/N, Los Muermos.

### **3.2 Formalización de Postulación y Recepción de los Antecedentes**

La Postulación y sus antecedentes deberán entregarse de alguna de las siguientes modalidades:

- 1) Entregando directamente en sobre cerrado, con indicación del nombre, apellidos y categoría del postulante, su postulación en la oficina de partes, ubicada en Federico Redlich S/N, Los Muermos desde las 9.00 hrs a 16.00 hrs de lunes a viernes. Los documentos deben estar en alta resolución y deben ser perfectamente legibles.
- 2) Enviando mediante correo a la dirección Federico Redlich S/N, Departamento de Salud Los Muermos. Adjuntando los antecedentes, en un sobre cerrado, con indicación del nombre y apellidos del postulante.
- 3) Enviando en formato digital PDF los antecedentes, a la dirección [desam@muermos.cl](mailto:desam@muermos.cl), Cc a [personal.desam@muermos.cl](mailto:personal.desam@muermos.cl) , con asunto "POSTULACIÓN [NOMBRE DEL POSTULANTE Y CATEGORÍA AL CUAL POSTULA]". Los documentos deben estar en alta resolución y deben ser perfectamente legibles.

**Para el caso b), serán considerados dentro del proceso de selección, aquellos documentos cuya fecha de recepción por parte de la empresa de correo, se encuentre dentro del plazo de postulación prevista en estas bases.**

### **3.3 Recepción de Postulaciones**

La recepción de postulaciones, se extenderá desde el 16-10-2023 y hasta las 16:00 horas del 27-10-2023.

No se recibirán postulaciones ni antecedentes fuera de este plazo.

No se aceptarán postulaciones incompletas, documentos poco legibles o borrosos, los cuales deben estar en alta resolución ser perfectamente legibles.

El Comité de Selección verificará si los postulantes cumplen con los requisitos de ingreso al concurso, debiendo levantar un acta con la nómina de los/as postulantes aceptados/as y rechazados/as y cualquier situación relevante relativa al concurso. Asimismo, dispondrá la notificación por correo electrónico, de los/as postulantes cuya postulación hubiese sido rechazada indicando la causa de ello.

Los/as postulantes que presenten alguna discapacidad que les produzca impedimento o dificultades en la aplicación de los instrumentos de selección que se administrarán, deberán informarlo en su postulación, para adoptar las medidas pertinentes, de manera de garantizar la igualdad de condiciones a todos los/as postulantes que se presenten en este concurso.

### **3.4 Consultas**

Las consultas sobre este concurso deberán ser formuladas al correo electrónico [Desam@muermos.cl](mailto:Desam@muermos.cl) Cc a [personal.desam@muermos.cl](mailto:personal.desam@muermos.cl).

## **4. PROCESO DE SELECCIÓN**

La comisión evaluadora está conformada de la siguiente forma:

1. Jefe de departamento de Salud
2. Director de Centro de Salud Familiar
3. El representante del servicio de salud (ministro de fe).
4. Representante del gremio (derecho a voz)

A continuación se muestra la tabla de factores a evaluar y puntajes asignados para cada uno:

a) Factor calificación (ponderación 20%)

La calificación es la evaluación realizada por la comisión de calificación o por el Alcalde, cuando corresponda, en la que se considera el desempeño y las aptitudes de cada funcionario, atendidas las exigencias y características de su cargo, de conformidad a lo dispuesto en el decreto supremo N° 1.889, de 1995, del Ministerio de Salud.

Los postulantes que, en el desempeño de sus funciones, no hubieren sido calificados por la entidad administradora de salud municipal respecto de la cual postulan a ser contratados de forma indefinida, se les considerará el puntaje correspondiente a su última calificación. Quienes carezcan de calificación alguna, seguirán en el proceso debiendo asignárseles para estos efectos, un puntaje de 0.

Lista 1	100 puntos
Lista 2	65 puntos
Lista 3	35 puntos
Lista 4	0 puntos

b) Factor experiencia (ponderación 40%)

El factor experiencia corresponde al tiempo servido por el postulante en una entidad administradora de salud municipal en calidad de contrato a plazo fijo o en calidad de honorarios en jornada de treinta y tres o más horas semanales. Para efectos de asignar puntaje al factor experiencia, se considerará el número de años, meses y días servidos en la entidad administradora de salud municipal a la cual se está postulando.

1 año completo	200 puntos
1 mes completo	16.6 puntos
1 día completo	0.55 puntos

c) Factor capacitación (ponderación 40%)

El factor capacitación considera las actividades de perfeccionamiento técnico profesional del/de la funcionario/a a través de cursos o estadías que cumplan con lo dispuesto en los artículos 43 y 45 del decreto supremo N° 1.889, de 1995, del Ministerio de Salud, y se expresa en el puntaje acumulado en la carrera funcionaria comunal o reconocida por ésta del/de la funcionario/a al momento de presentar su postulación. La acreditación de este **factor se verificará mediante un certificado de capacitación actualizado a la fecha de su emisión**, emitido por la respectiva entidad administradora de salud municipal, a solicitud del postulante. Este certificado no podrá tener una antigüedad superior a dos meses desde la fecha en que el/la funcionario/a entregue su postulación y antecedentes al concurso.

El postulante podrá acompañar otras certificaciones de actividades de capacitación que no aparezcan incluidas en el certificado de capacitación otorgado por la respectiva entidad administradora de salud, por razones que no le fueren imputables al postulante, para ser consideradas por la comisión.

Para efectos de la puntuación de este factor, se estará a lo dispuesto en los artículos 50 al 54 del decreto supremo N° 1.889, de 1995, Ministerio de Salud.

En caso de producirse empate en el puntaje obtenido en el respectivo concurso interno se dirimirá conforme a los siguientes criterios en el siguiente orden de prelación:

- Se seleccionará a los/las funcionarios/as que estén desempeñando las funciones del cargo que postulan
- Se seleccionará a los/las funcionarios/as que tengan una mayor antigüedad e la dotación de APS de la comuna
- Se seleccionará al/a la funcionario/a que posea la mayor antigüedad en APS en la comuna

## 5. CRONOGRAMA DEL CONCURSO INTERNO.

ACCION	FECHA
PUBLICACION DE DECRETO DE CONVOCATORIA AL CONCURSO INTERNO	<b>06-10-2023</b>
PUBLICACION DEL CONCURSO INTERNO	<b>16-10-2023</b>
RECEPCION DE ANTECEDENTES	<b>DESDE EL 16-10-2023 HASTA EL 27-10-2023</b>
ADMISIBILIDAD	<b>09-11-2023</b>
EVALUACION DE POSTULACIONES Y ELABORACION DE LISTADO SEGÚN PUNTAJE	<b>DESDE 10-11-2023 AL 01-12-2023</b>
EMISION DE ACTO DE ACTO QUE APRUEBA LISTADO DEFINITIVO DE POSTULANTES Y PUNTAJES	<b>07-12-2023</b>
NOTIFICACION DEL ACTO QUE APRUEBA LISTADO DEFINITIVO DE POSTULANTES Y PUNTAJES	<b>13-12-2023</b>

## 6. PROPUESTA DE NÓMINA

La autoridad comunal respectiva dictará hasta 5 días hábiles siguientes a la elaboración del listado según puntaje obtenido en la evaluación, un acto administrativo que contendrá el listado definitivo de los postulantes y sus puntajes finales, incluyendo los seleccionados para ser contratados de forma indefinida, entre otras materias asociadas al concurso, cuyo extracto deberá ser publicado conforme a lo dispuesto en artículo N°4 del reglamento “concurso interno para contratación indefinida del Artículo único de la Ley 21.308”

## 7. NOTIFICACIÓN Y CIERRE DEL PROCESO

Incorporación indefinida a la dotación municipal. Los/las funcionarios/as seleccionados, de acuerdo con el puntaje obtenido, pasarán a integrar la dotación municipal de forma indefinida, de conformidad a lo que se señala en el presente Título.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso final del artículo 18 del presente reglamento, la respectiva entidad administradora de salud municipal notificará a cada funcionario/a, por medio del correo electrónico señalado en su postulación, y dentro de los 3 días hábiles siguientes a la emisión del acto que aprueba el listado definitivo de los postulantes y sus puntajes, el resultado de su postulación y si fue seleccionado para ser contratado de forma indefinida o no.

En caso de haber sido seleccionado, el/la funcionario/a deberá manifestar por escrito su aceptación o rechazo a la contratación indefinida, en un plazo no superior a cinco días hábiles contado desde la recepción del correo electrónico a que se refiere el inciso anterior. Vencido el plazo, sin dar a conocer formalmente su decisión, se entenderá que el/la funcionario/a ha rechazado la contratación.

8. ANEXOS



**ANEXO N°1  
DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

YO.....RUT.....

CON DOMICILIO EN

.....

VENGO EN DECLARAR BAJO JURAMENTO QUE:

- A) Tengo salud compatible para el cargo al cual postulo.
- B) No he cesado en cargo público como consecuencia de haber obtenido una calificación deficiente, o por medida disciplinaria, en los últimos cinco años, desde la fecha de expiración de funciones.
- C) No estoy inhabilitado(a) para el ejercicio de funciones o cargo público, no he sido condenado (a), ni me encuentro procesado (a) por crimen o simple delito.
- D) No me encuentro inhabilitado (a) por el artículo 56, puntos a), b) y c) de la ley 19.653, sobre Probidad Administrativa.

Formulo esta declaración, para ser presentada en el Concurso de la I. Municipalidad de Los Muermos, Departamento de Salud.

.....

FIRMA

Nota: La falsedad de esta Declaración, hará incurrir en las penas del artículo N° 210 del Código Penal.

Los Muermos ..... (FECHA)



**ANEXO N°2**

**FICHA DE POSTULACIÓN DE SELECCIÓN CONCURSO INTERNO 2023**

**1.- IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE (OBLIGATORIO)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Apellido paterno*                      *Apellido materno*                      *Nombres*

RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_                      Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_                      Email: \_\_\_\_\_                      Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**2.- ANTECEDENTES PROFESIONALES (EN CASO DE APLICAR)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Universidad o Instituto Profesional o*                      *Sede*                      *Fecha de título*  
*Centro de Formación Técnica*

**3.- CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE (OBLIGATORIO)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Establecimiento*                      *Servicio o unidad*                      *Nivel*                      *Función*

**4.- PLANTA QUE POSTULA**

(Marque con una "X" la opción que postula)

Planta Profesional: \_\_\_\_                      Planta Técnico: \_\_\_\_                      Planta Otros: \_\_\_\_

**Firma funcionario:** \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE SALUD LOS MUERMOS**

Fecha de recepción \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

Firma: \_\_\_\_\_



**ANEXO N°3**  
**EXÁMEN MÉDICO INGRESO ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

\_\_\_\_\_

CARGO AL QUE POSTULA

CEDULA IDENTIDAD \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_.

**A.- ANTECEDENTES**

(Rodear en un círculo lo positivo y en el rubro otras, detallar otras patologías).

ENFERMEDADES HEREDITARIAS NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ ANOTAR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS Hepatitis-Tifoidea-Parotiditis-TBC-Monocleosis-Sarampión-Otros xxxxxxxx \_\_\_\_\_ SI-NO

OPERACIONES Amígdalas-Apéndice-Hernia inguinal-Varicocele-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

TRAUMATOLOGÍA Pie plano-Deformación columna vertebral-Artritis-luxación-Lumbagos-Fracturas-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

CUTÁNEAS Alergias-Urticaria-Psoriasis-Afecciones crónicas-Verrugas-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

LIPHEMATOLÓGICAS Leucosis-Hogdkin-Anemias-Adenitis-Diátesis-Hemorragias-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Antibióticos-Penicilina-Analgésicos-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

ENDOCRINOPATÍAS Tiroides-Obesidad-Diabetes (antecedentes familiares)-Diabetes(personal)-Otras \_\_\_\_\_ SI-NO

NEURO- PSIQUIATRICAS Psicopáticas-Neurosis-Epilepsia-Enuresis-Déficit-Tec-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

BRONCOPULMONAR Asma Bronquial-Bronquitis frecuente-Pleuresía-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

CARDIOVASCULAR Enfermedad Reumática-Trastorno ritmo cardiaco-Varicosidades-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO

URONEFROPATIAS Glomerulonefritis-Nefropatías-Litiasis Urinaria-Venéreas-Otros \_\_\_\_\_ SI-NO



B.-

EXÁMEN FÍSICO

PESO ACTUAL \_\_\_\_\_ Kg

TALLA \_\_\_\_\_ CMS

PULSO \_\_\_\_\_

PRESION ARTERIAL \_\_\_\_\_.

MARQUE CON UNA X OPCIÓN QUE CORRESPONDE

ANATOMÍA	NORMAL	ALTERADO
Cabeza, cara cuero cabelludo		
Nariz, senos paranasales		
Boca, garganta		
Oídos (en general)		
Tórax, pulmón, mamas		
Corazón		
Sistema muscular		
Abdomen, (hernias, cicatrices)		
Hígado, Bazo		
Sistema endocrino		
Sistema genitourinario		
Extremidades superiores		
Extremidades inferiores		
Pies, (arcos, callosidades)		
Columna vertebral		
Piel linfáticos		
Examen neurológico		

C.-

CONCLUSIÓN

SALUD COMPATIBLE SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

CERTIFICO HABER CONFIRMADO LOS DATOS ANOTADOS EN ESTE EXÁMEN.

NOMBRE

NÚMERO REGISTRO COLEGIO MÉDICO

FECHA

FIRMA