**ANEXO N° 2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**2° Concurso de cupos para programas de Subespecialización 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **E-mail** |  |
| **Número de teléfono celular** |  |
| **Establecimiento de desempeño** |  |
| **Subespecialidad a la que postula** |  |

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

**Timbre y Firma**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,**

**FORMACIÓN MÉDICA Y DOCENCIA**

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**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 N°1 “cronograma”, solo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Departamento de Investigación Formación Médica y Docencia del Servicio de Salud Metropolitano Central.

**ANEXO N° 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AÑO CONCURSO CUPOS DE SUBESPECIALIDADES 2022**

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD DE INTERÉS (\*): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(\*) De cupo obtenido o al que postularía.**

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
|  | Carátula de presentación de la postulación |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |  |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |
|  | Certificado de nombramiento en nivel 1 PS |  |
|  | Carta de respaldo de Director/a de establecimiento |  |

**Observación:**

1.- Profesional funcionario con **compromiso de Período Asistencial Obligatorio (PAO)**

**SI\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

**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 N° 4**

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS AÑO 2022**

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

**ANTECEDENTES POR TRABAJO**

i)

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

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

ii)

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

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

iii)

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

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

iv)

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

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

v)

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

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

**ANEXO N° 5**

FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO AÑO 2022

**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 N° 6**

**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 APELACIÓN:** | | | | | |
| 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)

**NOTA**:

* Se puede Apelar tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Apelación 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.**

**ANEXO N° 7**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Run |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| **CONDICIONES DEL PROGRAMA** | |
| Por el presente acepto el cupo del Programa de Formación indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Ingreso al Programa de Subespecialización 2022, aceptando las condiciones que se señalan:   1. Acepto las condiciones de contratación establecidos por el Servicio Salud Metropolitano Central, por el periodo que dure la formación y el pago de los derechos arancelarios que corresponda al periodo de especialización. 2. Acepta la **suscripción de Escritura Pública por un valor equivalente UF** **XXX** a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como subespecialista, en un establecimiento hospitalario del Servicio Salud Metropolitano Central, por el doble del tiempo de duración del programa (total 4 años) | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** | |

**NOTAS:**

* El valor de la garantía se calculará al valor de la UF según la fecha de inicio del programa.
* De ser necesario modificaciones de jornadas de desempeño para los profesionales que se encuentren cumpliendo jornadas de devolución de PAO por beca primaria (por ej 22-28), esta posibilidad quedará sujeta a la disponibilidad de horas del establecimiento.

**ANEXO N° 8**

**CERTIFICADO DE NOMBRAMIENTO EN NIVEL I DE PLANTA SUPERIOR**

El SubDirector/a de Gestión y Desarrollo de las Personas o el Jefe de Gestión de Personas que suscribe, certifica que el/la médico cirujano, Dr. **NNNN NNNN**, con \_\_\_\_\_\_\_\_horas ley 19.664, de calidad jurídica titular o contrata, se encuentra nombrado en el nivel 1 de la Etapa Planta Superior.

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

**NOMBRE Y FIRMA**

**SUBDIRECTOR/A DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS DEL ESTABLECIMIENTO**

**O JEFE DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS DEL ESTABLECIMIENTO**

**ANEXO N° 9**

**CARTA RESPALDO DE DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO**

El Director/a de Establecimiento informa que está en conocimiento de la postulación al concurso de cupos de financiamiento ministerial para acceder a programas de subespecialidad contemplados en el anexo N° 10 por parte del el/la médico cirujano, **Dr. NNNN NNNN**, con \_\_\_\_ horas ley 19.664, calidad jurídica titular o contrata, y respalda dicha postulación ya que se encuentra en concordancia con las áreas de interés y desarrollo institucional de nuestro establecimiento, representando brechas prioritarias y necesarias para mejorar la respuesta asistencial ante las necesidades de nuestra comunidad usuaria.

Se estima también, que la participación en el programa de formación por parte del postulante, si obtuviese cupo, no alterará el funcionamiento del Servicio al que pertenece el postulante ni se verá perjudicada la oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes.

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

**NOMBRE Y FIRMA**

**DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SUBDIRECTOR/A MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**JEFE DE SERVICIO CLÍNICO DEL POSTULANTE**

**ANEXO N° 10**

**LISTADO DE SUBESPECIALIDADES DE INTERÉS INSTITUCIONAL A LAS QUE SE PUEDE ACCEDER PARA CUPO DE FINANCIAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Muy Urgentes** | **Condición** |
| ONCOLOGÍA | Programa pertinente al Plan nacional del Cáncer |
| GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA | Programa pertinente al Plan nacional del Cáncer |
| CIRUGÍA DIGESTIVA | Programa pertinente al Plan nacional del Cáncer |
| CIRUGÍA PLÁSTICA | Para profesionales en lista de espera o nuevos que cumplan las condiciones y requisitos señaladas en las bases. |
| CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | Para profesionales en lista de espera o nuevos que cumplan las condiciones y requisitos señaladas en las bases. |