**II.- ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación y Difusión | 02/09/2021 |
| Recepción de antecedentes y consultas | 02/09/2021 – 10/09/2021 |
| Comisión Revisora y Entrevistas | 13/09/2021 – 15/09/2021 |
| Puntajes Provisorios | 16/09/2021 |
| Recepción de Reposición o Reconsideración | 20/09/2021 |
| Comisión de Reposición | 21/09/2021 |
| Puntajes Definitivos | 22/09/2021 |
| Oferta de cupos de financiamiento | 23/09/2021 |
| Dictación de Comisión de Estudios e inicio de Formación | 01 de octubre 2021 |

El presente cronograma, podría sufrir modificaciones las que -de ocurrir- serán publicadas en la página del Servicio.

**ANEXO N° 2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

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

**Timbre y Firma**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,**

**FORMACIÓN MÉDICA Y DOCENCIA**

**SERVICIO DE SALUD M. 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 2021**

**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 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**

**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

**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 REPOSICIÓN**

**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 REPOSICION:** | | | | | |
| 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 Reponer tanto por un rubro como por todos ellos
* Para que la Reposición 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° 8**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2021, 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 sub especialista, 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° 9**

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

El Subdirector 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 22, 33 o 44 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 DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**ANEXO N° 10**

**CARTA RESPALDO DE DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

El Director de Establecimiento informa que está en conocimiento de la postulación al concurso de cupos de financiamiento ministerial para acceder a programas de subespecialidad, por parte del el/la médico cirujano, Dr. NNNN NNNN, con 22, 33 o 44 horas ley 19.664, calidad jurídica titular o contrata, y respalda dicha postulación. Su participación en el programa de formación no alterará el funcionamiento del Servicio al que pertenece el postulante.

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

**NOMBRE Y FIRMA**

**DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**SUBDIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**JEFE DE SERVICIO CLÍNICO DEL POSTULANTE**