

**ANEXO N° 2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE  
POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL  
Concurso de cupos para financiamiento de programas de  
Subespecialización 2023**

<b>Apellido Paterno</b>	
<b>Apellido Materno</b>	
<b>Nombres</b>	
<b>Cédula de Identidad</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Celular</b>	
<b>Establecimiento de desempeño</b>	
<b>Subespecialidad a la que postula</b>	

---

**Timbre y Firma**  
**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,**  
**FORMACIÓN MÉDICA Y DOCENCIA**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**Nota:** El postulante deberá imprimir 2 copias del presente formulario; una para la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo N°1 "cronograma" y una segunda que será firmada y timbrada por el Departamento de Investigación Formación Médica y Docencia del Servicio de Salud Metropolitano Central que servirá de respaldo.

**ANEXO N° 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AÑO CONCURSO CUPOS DE SUBESPECIALIDADES 2023**

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

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

<b>Anexo o Rubro</b>	<b>Descripción</b>	<b>N° de Hojas Enviadas</b>
<b>N°2 (Anexo)</b>	Carátula de presentación de la postulación	
<b>Art. 9° numeral 2</b>	EUNACOM	
N°3 (Anexo)	Formulario de Postulación	
N°4 (Anexo)	Formulario Trabajos Científicos	
N°5 (Anexo)	Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento	
N°9 (Anexo)	Certificado de nombramiento en nivel 1 PS	
N°10 (Anexo)	Carta de respaldo de Director/a de establecimiento	
N°13 (Anexo)	Certificado de postulación a cupo Universitario	

**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 2023

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° 8

### ACEPTACIÓN DE CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2023

Nombre Completo	
Rut	
Dirección	
Teléfono de Contacto	
Email	

Cupo Obtenido	
Universidad	
Duración	
Especialidad	

<b>CONDICIONES DEL PROGRAMA</b>
<p>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 2023, aceptando las condiciones que se señalan:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2. Acepta la <b>suscripción de Escritura Pública por un valor equivalente UF XXX</b> 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 (<b>total 4 años o 6 según duración de la subespecialidad</b>)</li></ol>
<p style="text-align: center;">_____ <b>FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE</b></p>

#### **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/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 jornada de \_\_\_\_\_ horas semanales de la 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° 10

### **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 Dto. N° 8 de 2013 (\*) 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 **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**

(\*) Decreto ministerial que reglamenta la certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan.

### ANEXO N° 11

#### LISTADO DE ESPECIALIDADES DERIVADAS RECONOCIDAS EN DECRETO SUPREMO N° 8 DE 2013, MINSAL-MINEDUC “REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD Y DE LAS ENTIDADES QUE LAS OTORGAN” Y DE ESPECIALIDADES DE LÍNEA ONCOLÓGICA (LINEAMIENTOS Y OBJETIVOS DE PLAN DE CÁNCER)

- Cardiología
- Cirugía de Cabeza, cuello y maxilofacial
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de tórax
- Cirugía plástica y reparadora
- Cirugía vascular periférica
- Coloproctología
- Diabetología
- Endocrinología adulto
- Endocrinología pediátrica
- Enfermedades respiratorias adulto
- Enfermedades respiratorias pediátricas
- Gastroenterología adulto
- Gastroenterología pediátrica
- Geriatria
- Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia
- Hematología
- Infectología
- Inmunología
- Medicina intensiva adulto
- Medicina intensiva pediátrica
- Medicina materno fetal
- Nefrología adulto
- Nefrología pediátrica
- Neonatología
- Oncología Medica
- Reumatología
- Ginecología Oncológica
- Mastología
- Cirugía Digestiva
- Medicina Paliativa del dolor

### ANEXO N° 12

#### LISTADO DE PRIORIZACIÓN DE SUBESPECIALIDADES, ACTUALIZADO POR ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED SSMC

Muy Urgentes	Urgentes	Planificadas	ESTABLE-CIMIENTOS
Cirugía plástica y reparadora	Cirugía de tórax	-	HUAP
Enfermedades respiratorias adulto	Cardiología	-	HUAP
Medicina intensiva adulto	-	-	HUAP
Mastología			HCSBA
Coloproctología			HCSBA
Ginecología Oncológica			HCSBA
Nefrología			HCSBA
Medicina Intensiva pediátrica			HCSBA
Medicina Paliativa del Dolor			HCSBA
Coloproctología	Cirugía cardiovascular	Cirugía plástica y reparadora	HEC
Cardiología	Neonatología	Cirugía plástica y reparadora	HEC
Cardiología	Neonatología	Infectología	HEC
Enfermedades respiratorias pediátricas	Gastroenterología adulto	Infectología	HEC
Enfermedades respiratorias pediátricas	Cardiología	Infectología	HEC
Nefrología adulto	Cardiología	Medicina materno fetal	HEC

**NOTA:** Se cargará Anexo de priorización de subespecialidades por establecimiento a la página del SSMC antes del 14 de abril 2023.

Sólo se mencionan aquellas subespecialidades priorizadas por el establecimiento, que, a su vez, sean concordantes con el Dto. 8

**ANEXO N°13**

**CERTIFICADO DE POSTULACIÓN A CUPO UNIVERSITARIO**

Don/ña \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, médico/a cirujano/a, especialista en \_\_\_\_\_, del establecimiento \_\_\_\_\_, vengo a declarar que me encuentro postulando o tengo interés en postular a la subespecialidad de \_\_\_\_\_, en la Universidad \_\_\_\_\_, cuyo programa formativo se iniciaría con fecha tentativa de \_\_\_\_\_.

Lo anterior, para los fines de ser presentado este anexo al Concurso Local de subespecialistas convocado por el Servicio de Salud Metropolitano Central mediante Resolución Exenta presente.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
POSTULANTE**