**ANEXO N° 2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACION AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**Concurso de cupos para financiamiento de programas de Subespecialización 2024**

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

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

**Timbre y Firma**

**DEPARTAMENTO DE**

**FORMACIÓN Y RELACIÓN ASISTECIAL DOCENTE**

**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 Formación y Relación Asistencial Docente del Servicio de Salud Metropolitano Central que servirá de respaldo.

**ANEXO N° 3**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN AÑO CONCURSO CUPOS DE SUBESPECIALIDADES 2024**

**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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo o Rubro** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
| **N°2 (Anexo)** | Carátula de presentación de la postulación |  |
| **Art. 9° numeral 2** | 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 antigüedad de ejercicio de la especialidad y PAO |  |
| 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 2024**

**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 2024

**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° 8**

**ACEPTACIÓN DE CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2024, 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 **o 6 según duración de la subespecialidad)** | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **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.



**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

**ANEXO N° 9**

**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD DE ESPECIALIDAD**

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/a**. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con jornada de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales de la ley 19.664, de calidad jurídica titular/contrata, registra una antigüedad como especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central, debidamente reconocida y certificada por la Superintendencia de Salud (\*), de \_\_\_\_\_\_\_\_ años / \_\_\_\_\_\_meses y, de cumplimiento de Período Asistencial Obligatorio (\*\*) (PAO) de \_\_\_\_\_\_ años, \_\_\_\_\_ meses.

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

**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 O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

(\*) La antigüedad en el desempeño de la especialidad será considerada desde su reconocimiento y certificación en la Superintendencia de Salud.

(\*\*) Completar solo en caso de que profesional se encuentre cumpliendo su Período Asistencial Obligatorio (PAO).



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

**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.



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

**ANEXO N°13**

**CERTIFICADO DE POSTULACIÓN A CUPO UNIVERSITARIO**

Don/ña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico/a cirujano/a, especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vengo a declarar que realicé postulación, 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**



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

ANEXO N° 14

CARTA DE PATROCINIO

Por medio de la presente, el suscrito deja constancia formal que el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Cirujano con Especialidad en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha participado en el “Proceso de Selección Local para acceso a programas de Especialidad Derivada año 2024”, aprobado mediante Resolución Exenta N°\_\_\_\_\_\_, de fecha\_\_\_\_\_\_\_, quien obtuvo el N° \_\_\_\_\_ en el ranking, para financiamiento ministerial.

Manifiesto nuestro compromiso como Servicio de Salud de apoyar y patrocinar formalmente la Formación a la subespecialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quedando a la espera del resultado del proceso de habilitación Universitaria.

Se extiende el presente certificado a petición del/la interesado/a, para ser presentado en procesos de habilitación que convoquen los Centros Formadores.

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

**D. FABIAN VARGAS GONZÁLEZ**

**DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

Fecha (de emisión del documento)



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

ANEXO N° 15

CERTIFICADO PARA HABILITACIÓN

Por medio de la presente, el suscrito deja constancia formal que el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico Cirujano con Especialidad en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha participado en el “Proceso de Selección Local para acceso a programas de Especialidad Derivada año 2024”, aprobado mediante Resolución Exenta N°\_\_\_\_\_\_, de fecha\_\_\_\_\_\_\_ del Servicio de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien se encuentra en lista de espera, en el N° \_\_\_\_\_ del ranking, para financiamiento ministerial.

En caso que se libere un cupo financiero, avanzará la lista de espera conforme al ranking, y en caso de corresponder, este Servicio de Salud otorgará financiamiento en la formación a la subespecialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se extiende el presente certificado a petición del/la interesado/a, para ser presentado en procesos de habilitación que convoquen los Centros Formadores.

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

**D. FABIAN VARGAS GONZÁLEZ**

**DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL**

Fecha (de emisión del documento)



SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

**ANEXO N° 16**

**CONSTANCIA**

Para acceder al Programa de Especialidad Derivada, año 2024, se debe estar en posesión de cargo de jornada de 44 horas semanales, Ley N° 19.664, para dictar la respectiva Comisión de Estudio. En caso de no ser así, el respectivo Establecimiento dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central deberá informar de aquello al/la postulante, quién, en caso de ser seleccionado para realizar la subespecialidad la Comisión de Estudio será dictada en jornada de 22 o 33 horas.

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

**NOMBRE Y FIRMA**

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