**II.-ANEXOS**

**ANEXO Nº 1**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Publicación Aviso en Página Web del establecimiento y/o SSMC y vía correo institucional a los médicos que pertenezcan al SSMC | 01 de junio de 2022 |
| Recepción de antecedentes  | 02 y 03 de junio 2022 |
| Sesión Comisión Revisora y Entrevistas | 06 de junio de 2022 |
| Publicación Puntajes Provisorios con derecho a reposición.  | 07 de junio de 2022 |
| Recepción de Reposición o Reconsideración  | 08 de junio de 2022 |
| Sesión Comisión de Reposición  | 08 de junio de 2022 |
| Publicación Puntajes Definitivos | 09 de junio de 2022 |
| Comunicado del resultado vía e-mail | 09 de junio 2022 |

**ANEXO N° 2**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACION AL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

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

**Timbre**

**Unidad de Coordinación de Docencia,**

**Investigación y Relación Asistencial Docente**

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el anexo N°1 “cronograma”, sólo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre de la Unidad de Coordinación de Docencia, Investigación y Relación Asistencial Docente.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**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** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
|  | Copia legalizada de título de Especialidad |  |
|  | Carátula de presentación de la postulación  |   |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario de Postulación  |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |   |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |   |

**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 Nº 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 Nº 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 Nº6**

**CARTA COMPROMISO PARA FIRMAR O MODIFICAR**

**GARANTÍA PREVISTA EN EL ART. 23**

**DEL DTO. 507 DE 1990, Reglamento de Becarios.**

Santiago, junio 2022

 El suscrito/a, D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesional funcionario de dotación del Hospital Clínico San Borja Arriarán, del Servicio de Salud M. Central especialidad de \_\_\_\_\_, con desempeño en el Servicio Clínico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, considerando mi interés en postular a Programa de Subespecialización en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Universidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a partir del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022, y habiendo obtenido un cupo en el Concurso Local “Proceso de selección para asignación de comisiones de estudio a médicos que se encuentren postulando a programas de subespecialización, ingreso año 2022, con compromiso de devolución en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, artículo 46° ley Nº 19.664”, declaro expresamente que:

 Por este acto, tomo conocimiento de la obligación de firmar instrumento de garantía en favor del Hospital Clínico San Borja Arriarán, del Servicio de Salud Central, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que se adquieren con la comisión de estudios para acceder al citado programa de formación. En el caso de los profesionales funcionarios que se encuentren en Período Asistencial Obligatorio (PAO), una vez obtenido el cupo del concurso deberán gestionar ante el Director de Servicio, a través de la Dirección del Hospital, su solicitud fundada de interrupción transitoria del compromiso de devolución (por razones excepcionales) mientras dure la formación y se comprometen a suscribir la modificación respectiva de su escritura pública, para adicionar -a su retorno- el tiempo de devolución que por esta formación se interrumpe, más el que se agrega por la formación de la subespecialidad.

 Asimismo, declaro expresamente tomar conocimiento que de no dar cumplimiento a la obligación antedicha antes de iniciar la participación en el respectivo programa formativo al que postulo, esto es antes del [fecha de inicio del programa de formación]del presente, la autoridad facultada para autorizar mi participación en dicho programa y de dictar la comisión de estudios pertinente, deberá dar término a dicha encomendación y el suscrito deberá retomar las labores asistenciales que desarrollaba previamente, lo que a su vez, será debida y oportunamente informado a la Universidad que dicte el programa.

Lo anterior, será verificado e informado a las autoridades del establecimiento, a la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio y al Dpto. de Investigación, Formación Médica y Docencia del Servicio de Salud, por parte del Departamento de Gestión de Personas y la Encargada RAD del establecimiento

 Firman y suscriben lo anterior

**DRA. SOFÍA AROS ARANGÍZ**

**SUBDIRECTORA GESTIÓN ASISTENCIAL (S)**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

**NOMBRE DEL INTERESADO**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

Santiago, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2022

 **ANEXO Nº7**

**ACEPTACIÓN DE COMISIÓN DE ESTUDIO**

**PARA CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Run  |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DE FINANCIMAIENTO  |
| Por la presente acepto la comisión de estudio para el programa de subespecialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Proceso de selección para asignación de comisiones de estudio a médicos que se encuentren postulando a programas de subespecialización, ingreso año 2022, con compromiso de devolución en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, aceptando las condiciones que se señalan:* Acepto las condiciones de contrato establecidos por el Hospital Clínico San Borja Arriarán, por el periodo que dure la formación.
* Acepta la suscripción o modificación de escritura pública a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como subespecialista, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.
 |
| **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** |

 **ANEXO Nº8**

**LISTADO Y NÚMERO DE CUPOS DE COMISIONES DE ESTUDIO PARA SUBESPECIALIDADES QUE OFRECE EL HCSBA AÑO 2022**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUBESPECIALIDAD OFRECIDA** | **N° DE CUPOS** | **TIPO DE OTORGAMIENTO (CUPO RAD / COMISIÓN DE ESTUDIO)** |
| Cirugía Digestiva | 01 | Comisión de Estudio |
| Anestesia Cardiovascular | 01 | Comisión de Estudio |
| Coloproctología | 01 | Comisión de Estudio  |