**II.-ANEXOS**

**ANEXO Nº 01**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Publicación Aviso en Página Web del establecimiento y/o SSMC y vía correo institucional a los médicos que pertenezcan al SSMC** | 22 de septiembre de 2023 |
| **Recepción de antecedentes** | 22 y 26 de septiembre 2023 |
| **Sesión Comisión Revisora y Entrevistas** | 27 de septiembre de 2023 |
| **Publicación Puntajes Provisorios con derecho a reposición.** | 27 de septiembre de 2023 |
| **Recepción de Reposición o Reconsideración** | 28 de septiembre de 2023 |
| **Sesión Comisión de Reposición** | 29 de junio de 2023 |
| **Comunicado del resultado vía e-mail** | 29 de junio 2023 |

**ANEXO N° 02**

**CARATULA DE PRESENTACION DE**

**POSTULACION AL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad** |  |
| **E-mail** |  |
| **Teléfono 1** |  |
| **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 de que corresponda, la entrega de la carpeta de postulación en el plazo señalado en el **anexo N°01 “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** |
|  | Carátula de presentación de la postulación |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |  |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |
|  | Carta compromiso para firmar o modificar garantía |  |
|  | Carta respaldo de jefatura servicio clínico |  |
|  | Certificado de postulación a cupo universitario |  |

**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**

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**

El/La suscrito/a, D. [Nombre completo del postulante] Cédula de Identidad N° xx.xxx.xxx-x, profesional funcionario/a de dotación del Hospital Clínico San Borja Arriarán, del Servicio de Salud M. Central especialidad de [Nombre de la especialidad primaria], con desempeño en el Servicio Clínico [Nombre del Servicio Clínico], considerando mi interés en postular a Programa de Subespecialización en [Nombre de la especialidad derivada], en la Universidad de [Nombre de la universidad], a partir del mes de [Indicar mes en que inicia el programa de la subespecialidad] de 2023, y habiendo obtenido un cupo en el concurso local “Proceso de selección para asignación de comisiones de estudio y cupo por convenio asistencial docente, para médicos que se encuentren postulando a programas de subespecialización, ingreso año 2023, 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 encontrarme en Período Asistencial Obligatorio (PAO), una vez obtenido el cupo del concurso se gestionará ante el Director de Servicio, a través de la Dirección del Hospital, la solicitud fundada de interrupción transitoria del compromiso de devolución (por razones excepcionales) mientras dure la formación y me comprometo a suscribir la modificación respectiva de su escritura pública, para adicionar -a mi 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 dicta el programa.

Lo anterior, será verificado e informado a las autoridades del Hospital Clínico San Borja Arriarán, y a la Coordinadora RAD del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Firman y suscriben lo anterior

**DR. ESTEBAN GÓMEZ JARA**

**SUBDIRECTOR (S) GESTIÓN ASISTENCIAL**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

**NOMBRE DEL INTERESADO**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

Santiago, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023

**ANEXO N° 07**

**CARTA RESPALDO DE JEFATURA SERVICIO CLÍNICO**

La jefatura del Servicio Clínico [Nombre del Servicio Clínico] informa que se encuentra en conocimiento de la postulación para la asignación de comisiones de estudio por parte del el/la médico/a cirujano/a, Dr/a. [Nombre del o la postulante], con [Indicar jornada contratada (22, 33 o 44 horas)] Ley 19.664, calidad jurídica [Indicar calidad jurídica titular o contrata], y respalda dicha postulación ya que se encuentra en concordancia con los áreas de interés y desarrollo institucional del Hospital Clínico San Borja Arriarán, representando brechas prioritarias y necesarias para mejorar la respuesta asistencial ante las necesidades de nuestros usuarios.

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, ni se verá perjudicado la oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes.

Nombre del jefe de servicio:

Firma:

Timbre:

Fecha:

**ANEXO N°08**

**CERTIFICADO DE POSTULACIÓN A CUPO UNIVERSITARIO**

Don/ña [Nombre del o la postulante], Cédula Nacional de Identidad N° XX.XXX.XXX-X, médico/a cirujano/a, especialista en [Nombre de la especialidad primaria], del Hospital Clínico San Borja Arriarán, vengo a declarar que realicé postulación/me encuentro postulando/tengo interés en postular a la subespecialidad de [Nombre de la subespecialidad] en la Universidad cuyo programa formativo se iniciaria con fecha tentativa de [indicar día/mes/año]. Lo anterior, para los fines de ser presentado este anexo al Concurso Local de subespecialistas convocado por el Hospital Clínico San Borja Arriarán mediante Resolución Exenta presente.

Nombre del o la postulante:

Firma:

Fecha:

**ANEXO N° 09**

**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 Nº10**

**ACEPTACIÓN DE COMISIÓN DE ESTUDIO**

**PARA CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2023**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2023, 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** | |