**ANEXO Nº 03**

**CARATULA DE PRESENTACION CARPETA DE POSTULACIÓN**

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA ASIGNACIÓN DE COMISIONES DE ESTUDIO, PARA MÉDICOS QUE SE ENCUENTREN POSTULANDO A PROGRAMAS DE SUBESPECIALIZACIÓN, INGRESO AÑO 2025, CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN. ARTÍCULO 46° LEY Nº 19.664”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad**  |  |
| **E-mail** |  |
| **Teléfono 1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

**Timbre y Firma**

**Departamento de Docencia, Investigación e Innovación**

**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 del Departamento de Docencia, Investigación e Innovación.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 04** |

**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  |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | Relación de servicio  |  |
|  | Carta de respaldo del Establecimiento |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |   |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |
|  | Carta compromiso para firmar o modificar garantía |  |
|  | 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 05**

**CARTA RESPALDO DEL ESTABLECIMIENTO**

Por medio de la presente, se deja constancia de que la postulación presentada por el/la médico/a cirujano/a **Dr./a [Nombre del/la Postulante]**, RUT **[Número de RUT]**, funcionario/a del Hospital Clínico San Borja Arriarán con jornada de **[indicar: 22, 33 o 44 horas]** según Ley N°19.664 y calidad jurídica de **[titular/contrata]**, cuenta con el respaldo de la Jefatura del Servicio Clínico, el Subdirector de Gestión Asistencial y la Dirección del Establecimiento.

La postulación se encuentra alineada con los objetivos institucionales, responde a áreas de interés y desarrollo institucional de este establecimiento, representando brechas prioritarias y necesarias para mejorar la respuesta asistencial ante las necesidades de nuestros usuarios.

Asimismo, se estima que la participación del/la postulante en el programa de formación, en caso de obtener un cupo, no alterará el funcionamiento del Servicio al que pertenece, ni perjudicará la oportunidad y continuidad de la atención de los pacientes**.**

Firman y suscriben lo anterior

[Nombre del Subdirector de Gestión Asistencial]

Subdirector de Gestión Asistencial

Hospital Clínico San Borja Arriarán

[Nombre del jefe de Servicio]

[Nombre del Servicio Clínico]

Hospital Clínico San Borja Arriarán

[Nombre del Director del Hospital]

Director

Hospital Clínico San Borja Arriarán

**ANEXO Nº 06**

**FORMULARIO DE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**Nombre postulante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 07**

**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 PEDAGOGICAS** | **APROBADO CON NOTA** | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **ANEXO Nº 08**

**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 2025, y habiendo obtenido un cupo en el concurso local “Proceso de selección para asignación de comisiones de estudio, para médicos que se encuentren postulando a programas de subespecialización, ingreso año 2025, 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 Metropolitano 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 al Departamento de Docencia, Investigación e Innovación del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

 Firman y suscriben lo anterior

**[NOMBRE DEL SUBDIRECTOR]**

**SUBDIRECTOR(S) GESTIÓN ASISTENCIAL**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

**[NOMBRE DEL POSTULANTE]**

**[RUT DEL POSTULANTE]**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

Santiago, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2025

**ANEXO N° 09**

**POSTULACIÓN A CUPO UNIVERSITARIO**

Don/Doña [Nombre del o la postulante], Cédula Nacional de Identidad N° [XX.XXX.XXX-X], médico/a cirujano/a y especialista en [Nombre de la especialidad primaria] del Hospital Clínico San Borja Arriarán, declaro que [he postulado - me encuentro postulando - tengo interés en postular] a la subespecialidad de [Nombre de la subespecialidad] en la Universidad [Nombre de la Universidad], cuyo programa formativo tendría inicio tentativo el [indicar día/mes/año]. Esta declaración se realiza con el propósito de adjuntar este anexo al “Proceso de selección para asignación de comisiones de estudio, para médicos que se encuentren postulando a programas de subespecialización, ingreso año 2025, con compromiso de devolución en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Artículo 46° ley nº 19.664” mediante la presente Resolución Exenta.

**[NOMBRE DEL POSTULANTE]**

**[RUT DEL POSTULANTE]**

**HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN**

**ANEXO N° 10**

**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 REPOSICION:** |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:**  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 **Nombre, 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 Nº11**

**FORMULARIO DE ACEPTACIÓN DE COMISIÓN DE ESTUDIO**

**PARA CUPO DE SUBESPECIALIZACIÓN AÑO 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Rut |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA 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 2024, 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 de Escritura Pública 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** |