**ANEXO A**

**CRONOGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Publicación de las Bases, en página web del Servicio de Salud O´Higgins** | **02.09.2021** |
| **Recepción de antecedentes en el Subdepartamento de Formación y RAD hasta las 15:00 hrs.** | **Desde el 02 al 09 de Septiembre de 2021.** |
| **Comisión Evaluadora** | **10 y 13 de Septiembre de 2021** |
| **Entrevista Personal** | **14 de Septiembre de 2021** |
| **Publicación de Puntajes Provisorios** | **15 de Septiembre de 2021** |
| **Recepción de Reposición y Apelación hasta las 15:00 hrs.** | **16 al 21 de Septiembre de 2021** |
| **Comisión de Reposición y Apelación** | **22 y 23 de Septiembre de 2021** |
| **Publicación de Puntajes definitivos** | **24 de Septiembre de 2021** |
| **Llamado a Viva Voz (Telefónico) y Adjudicación de Becas de Financiamiento** | **28 y 29 de Septiembre de 2021** |
| **Inicio de Programa Académico** | **Según programa de subespecialidad, durante año 2021** |

**ANEXO B**

**CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**POSTULACIONES A CINCO FINANCIAMIENTOS DE ARANCEL Y MATRICULA, PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIZACIÓN, CON DEVOLUCIÓN EN JORNADA COMPLETA EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O´HIGGINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cedula de Identidad** |  |
| **e-mail** |  |
| **Financiamiento de la Beca a la que postula** |  |
| **Universidad** |  |
| **Establecimiento del que proviene** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Domicilio** |  |

Timbre y fecha de Recepción

Subdepartamento de Formación y Relación Asistencial Docente

Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins

|  |
| --- |
| **ANEXO C** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

**N° de Folio**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Apellido Materno

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nombres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Título Especialidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Establecimiento de origen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, Y PARA CONSTANCIA, PREVIA LECTURA RATIFICO Y FIRMO EN SEÑAL DE ACEPTACION.**

**.......................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **ANEXO Nº D**  **DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA** |

**I.-IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| Cédula de Identidad |  |
| Servicio de Salud |  |
| Establecimiento |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBRO** | **ANEXOS/DOCUMENTO** | **Nº hojas** | **SI** | **NO** |
| 1º Jefatura en Establecimientos de la Red  Hospitalaria de Salud | 1 Rex |  |  |  |
| 2º Antigüedad en la Especialidad | 2 y Res. N°\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 3º Calificación Funcionaria | S/anexo |  |  |  |
| 4º Docencia Universitaria | 4 y Antecedentes de Respaldo |  |  |  |
| 5º Capacitación y Perfeccionamiento | 5 y Certificados de Respaldo |  |  |  |
| 6º Patrocinio del Establecimiento Hospitalario | S/ Anexo |  |  |  |
| 7º Entrevista Personal | S/Anexo |  |  |  |

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, Y PARA CONSTANCIA, PREVIA LECTURA RATIFICO Y FIRMO EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN.**

**...................................................................................**

**FIRMA DEL POSTULANTE**

|  |
| --- |
| **ANEXO N°1** |

**CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EN LA JEFATURA, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL**

El Subdirector (a) de Gestión y Desarrollo de Personas, del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que:

Él o (la) Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha desempeñado funciones de Jefatura en el Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Hospital de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dependiente del Servicio de Salud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por un periodo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses, con contrato de \_\_\_\_\_\_\_ horas semanales, desde el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, hasta el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, contratado bajo la Ley N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Debe adjuntar Relación de Servicio que compruebe desempeño. Firmada y timbrada.**

* Se emite este certificado para ser presentado en **Proceso de Concurso Local sobre “Acceso a cupos de financiamiento de Arancel y Matrícula, orientado a profesionales funcionarios médicos especialistas, con residencia en la Región de O´Higgins, para cursar Programas de Subespecialidad, con compromiso de devolución en Establecimientos del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, ingreso 2021, de la Ley 19.664 “**

**………………………………………………………**

**Nombre Subdirector (a) de Gestión y Desarrollo de Personas**

**Firma**

**Timbre**

|  |
| --- |
| **ANEXO N°2**  **CERTIFICADO DE DESEMPEÑO EFECTIVO EN LA ESPECIALIDAD** |

El Subdirector(a) de Gestión y Desarrollo de Personas del Servicio de Salud del Libertador Bernardo O´Higgins**,** certifica que Don(ña) ..............................................................................................................................C.I......................................

se encuentra contratado(a) en las condiciones establecidas en el art. \_\_\_\_\_\_\_\_de la Ley \_\_\_\_\_\_\_\_habiendo ingresado, a contar del día….........................., y que se desempeña con jornada de………….. horas semanales hasta la fecha\*................................................

Además certifico que el (la) profesional se le otorgó permiso sin goce de remuneraciones en el período de: fecha inicio........./......../........... Fecha de término......./....../......... Nº total de días….............................

Asimismo, certifico que el (la) profesional antedicho,…............................. (tiene/no tiene) medida Disciplinaria producto de un sumario o investigación sumaria.

Dicha investigación sumaria o sumario administrativo se ordenó instruir con fecha.............................................resolviéndose la aplicación de la siguiente medida disciplinaria.............................

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Subdirector de Gestión y Desarrollo de Personas** |  |  | **Firma y Timbre** |  |

En los casos en que el/la profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.

Se debe certificar completando con las palabras “registra” o “no registra”, en el espacio dispuesto para ello, si el funcionario registra o no medidas disciplinarias. En el caso de encontrase afecto a una medida disciplinaria, indicar la información solicitada en el párrafo siguiente.

**ANEXO N°3**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.U.T. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento lo siguiente:

* Tener salud compatible con el cargo, artículo N° 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
* No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo N° 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
* No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
* No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54° del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
* No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumplimiento a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o, incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
* **Estar en conocimiento que debo estar contratado/a en un cargo de un mínimo de 22 hrs. ó 33 ó 44 hrs.(Ley 19.664) al momento de postular a este financiamiento, y que mi remuneración se mantendrá en base a las horas contratadas, sin derecho a reclamar mayor remuneración, considerando que el Programa Académico requiere dedicación exclusiva de 44 horas semanales y la devolución del Periodo Asistencial Obligatorio, deberá ser por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, de conformidad de las disposiciones contenidas en el Art. N°23 del D.S. 507/119, 7/2018 y Art. 19 del D.S. N°91/2001, 6/2018, del Ministerio de Salud, o de lo contrario, gestionar personalmente con directivos de mi establecimiento, un correlativo en 44 hrs.**

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

**NOMBRE Y FIRMA**

**FECHA**

**ANEXO Nº 4**

**CERTIFICADO DE ACTIVIDADES DOCENTES UNIVERSITARIAS**

NOMBRE DEL POSTULANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA Universitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN | |
| TOTAL MESES | PUNTAJE |

Fecha

\*Imprimir las veces que sea necesario

**ANEXO Nº 5**

**CUADRO RESUMEN DE LOS CURSOS DE CAPACITACIÓN O PERFECCIONAMIENTO**

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL CURSO | Nº HRS. | PUNTAJE  (Uso exclusivo Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*Imprimir las veces que sea necesario

**ANEXO Nº 6**

**CUADRO RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS ASISTENCIALES**

NOMBRE DEL POSTULANTE

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTA: Ordenar las actividades por fecha (con entidades organizadas, actividades asistenciales), señalando fechas. Fotocopiar esta página cuando sea necesario.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **N° Certificado** | **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD O DE LA DESCRIPCIÓN** | **PUNTAJE (Uso exclusivo Comisión)** |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ANEXO N°7**

**Formato de carta de Presentación de Reposición y Apelación**

SRES.

COMISIÓN DE REPOSICIÓN Y APELACIÓN

PRESENTE

Junto con saludar, me dirijo a Uds. para solicitarles tengan a bien, acoger la solicitud de revisión del puntaje, otorgado en el o (los) siguiente(s) Rubro(s):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE REPOSICION Y APELACIÓN:** | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| RUBRO Nº |  | Puntos otorgados |  | Puntos esperados |  |
| **Argumentación:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

**NOTA**:

* Se puede Reponer con Apelación en subsidio tanto por un rubro, como por todos ellos
* Para que la Reposición con Apelación en Subsidio sea evaluable se requiere que adjunten todos los antecedentes, con que cuenten para apoyar la solicitud, ***NO se aceptarán documentos nuevos, sólo aclaratorios de los ya incorporados en la postulación.***



# **Servicio de Salud O’Higgins**

# **Subdirección de Gestión Asistencial Departamento de Coordinación Estratégica Subdepartamento de Formación y R.A.D.**

# **Depto. Capacitación, Formación y Educación Continua**

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 8**  **ACEPTACION DE FINANCIAMIENTO ARANCEL Y MATRÍCULA** |

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A FINANCIAMIENTO DE ARANCEL Y MATRÍCULA, PARA CURSAR PROGRAMA DE SUBESPECIALIDAD CON RETORNO EN ESTABLECIMIENTOS DEL SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS**

**APELLIDO PATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**APELLIDO MATERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NOMBRES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RUT TELEFONO (Móvil o Fijo)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA | |
| Acepto el Financiamiento de Arancel y Matrícula, para cursar Programa de Subespecialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases del Concurso Local 2021. |  |
| Acepto las condiciones de contrato establecidos por el Servicio de Salud del O´Higgins, por el periodo que dure el Programa de Formación y el financiamiento de Arancel y Matrícula que corresponda al periodo de especialización. |  |
| Acepto la suscripción de Escritura Pública, a fin de garantizar la obligación de devolver mi formación, por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, en calidad de Subespecialista en mi establecimiento de origen, dependiente del Servicio de Salud O´Higgins. |  |
|  | |
| FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE | |

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 9** |

**CARTA DE RESPALDO ESTABLECIMIENTO**

\_\_\_\_\_\_\_\_ Rancagua, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director (s) Servicio de Salud O´Higgins

Presente

De mi consideración:

Junto con saludar cordialmente, informo a usted, que este Director de Hospital, autoriza y respalda la postulación del /la Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dependiente del Servicio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Hospital a mi cargo, para postular al Concurso Local sobre “Acceso a financiamiento Ministerial de Arancel y Matrícula, en el Programa de Formación de Subespecialidad 2021” en caso de quedar aceptado por la Universidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la Subespecialidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En este contexto, el profesional, sería autorizado mediante la figura de Comisión de Estudios, por el período que se extienda el referido Programa Académico, el cual no deberá superar los 2 años, conforme lo establece la normativa vigente, y estará regulado por la Ley 19.664, en jornada de \_\_\_\_\_ horas, con respaldo del correlativo a cargo de este Establecimiento, manteniendo su remuneración, mientras dure el Programa de Formación, acorde a las horas en que postula y tiene contratadas el/la profesional, sin derecho a reclamar mayor remuneración.

Por último señalar que, como contrapartida al eventual financiamiento otorgado por el Ministerio de Salud, el Dr. /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adquirirá el compromiso de retornar al Hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a devolver su Periodo Asistencial Obligatorio (PAO), para lo cual suscribirá un Convenio mediante Escritura Pública, en el que asimismo, constituirá la garantía necesaria para resguardar el cumplimiento de dicha obligación, por el doble del tiempo que dure el Programa Académico, de conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo N°17 del Decreto Supremo Nº507 de 1990, modificado por el 7 de 2018 y el artículo 19° del Decreto Supremo N°91 de 2001, modificado por el 6 de 2018, todos del Ministerio de Salud.

En el caso de que el profesional señalado se encuentre desarrollando **Período Asistencial Obligatorio** derivado de la especialidad primaria, este tiempo de devolución será adicionado al término del periodo anterior. **De no observarse lo reseñado en este párrafo, es preciso dejar establecido que el profesional perderá el cupo de formación.**

Saluda atentamente a usted,

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

**Nombre y firma Jefe Directo Hospital Nombre y firma Jefe de Servicio Hospital**

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

**Nombre y firma Subdirector Médico Hospital Nombre y firma Director Hospital**

**Nombre y Firma Postulante**