|  |
| --- |
| **ANEXO N° 9** |

**CARTA DE RESPALDO ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

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 Extraordinario, sobre “Acceso a financiamiento Ministerial de Arancel y Matrícula, en el Programa de Formación de Subespecialidad 2023” 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 mantendrá durante su formación, la misma remuneración correspondiente a la Jornada inferior contratada, en jornada de (22-33 ó 44) \_\_\_\_\_ horas de la **Ley 19.664**, con respaldo a cargo de este Establecimiento, sin derecho a reclamar remuneración equivalente o similar a la Jornada de Formación si ésta resulta ser inferior a 44 hrs.

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 en Jornada completa, de conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 12 de la ley N° 19.664 y 17 del decreto N° 507, de 1990 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 Nombre y firma Jefe de Servicio Establecimiento de origen Establecimiento de origen**

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

**Establecimiento de origen Establecimiento de origen**

**Nombre y firma Subdirector de Firma del Postulante**

**Gestión de Desarrollo de las Personas**

**Establecimiento de origen**