|  |
| --- |
| **ANEXO N° 2** |

**CARATULA DE PRESENTACION DE SOBRE CON POSTULACIÓN:**

**“PROCESO DE SELECCIÓN PARA ASIGNACION DE COMISION DE ESTUDIOS A MEDICOS QUE SE ENCUENTREN POSTULANDO A ESTADIA DE PERFECCIONAMIENTO, INGRESO AÑO 2023, CON COMPROMISO DE DEVOLUCION EN EL HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTIN FERRADA, ARTÍCULO 46° LEY Nº 19.664”.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad (RUN)** |  |
| **Correo electrónico de contacto** |  |
| **Teléfono 1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

**Timbre**

**Departamento de Investigación, Docencia y Desarrollo Académico HEC.**

**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°1 “cronograma”, sólo se considerará valido el formulario que cuente con fecha y timbre del Departamento de Investigación, Docencia y Desarrollo Académico del HEC.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 3** |

**N° de Folio**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Título \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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  |   |
|  | Certificado de Relación de Servicios |  |
|  | Formulario de Postulación  |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |   |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |   |
|  | Certificado Relación de Servicios |  |
|  | Carta de respaldo del Director del establecimiento del postulante. |  |

**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**

**CARTA DE PATROCINIO DE LA JEFATURA DIRECTA DEL POSTULANTE**

**ANEXO N° 4**

 **Fecha solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identificación del comisionado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** |
|  |  |  |
| RUT:  | Profesión:  | Horas semanales:  |
| Cargo:  | Calidad Jurídica:  |
| Subdirección  | Departamento:  |
| Funciones del Postulante: |

**Antecedentes de Estadía de Capacitación**

|  |
| --- |
| **Tipo de actividad**:  |
| **Objetivo de la actividad**:  |
| Impacto en la gestión del Servicio (indicar áreas o ámbitos específicas):  |
| **Lugar**:  | **Institución:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº días Actividad:** |  | Fecha Inicio |  | Fecha Término |  |

**Financiamiento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Financiamiento propio: | **Sí** |  | **No** |  |
| Patrocinado o becado por privados | **Sí** |  | **No** |  |
| Otro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Compromiso voluntario**(uso exclusivo del funcionario solicitante) | **Una vez finalizada la comisión de servicios, el funcionario se compromete a:** |
| Réplicas a equipo de trabajo:  |
| Otro: |

**Autorización**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jefatura directa | Nombre / cargo | **Firma** |

ANEXO Nº 5

**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 6**

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 Nº 7**

**FORMATO DE CARTAS DE PRESENTACION PARA REPOSICION.**

**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 APELACIÓN:** |
| 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 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 Nº 8**

**ACEPTACIÓN DE COMISIÓN DE SERVICIOS PARA ESTADIA DE PERFECCIONAMIENTO, INGRESO AÑO 2023.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Run  |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
| Horas semanales contratadas Ley |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS |
| Por la presente acepto el permiso que me otorga el Hospital el Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, mediante la Resolución de Comisión de Estudios, para que pueda realizar mi estadía de perfeccionamiento, de acuerdo con los antecedentes y plazos comunicados en el proceso de selección y en resguardo de los derechos laborales que como funcionario poseo.Acepto las condiciones de contrato establecidos por el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, por el periodo que dure la Estadía de Perfeccionamiento.Me comprometo a permanecer desempeñándome en el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada al menos el doble del tiempo que me otorgaron para desarrollar mi estadía de perfeccionamiento con goce de remuneraciones, una vez finalizada esta.Acepta la suscripción o modificación de escritura pública a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como subespecialista, en el Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada y la eventual extensión de plazo del Periodo Asistencial Obligatorio. |
| **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE**. |