**ANEXO Nº 02**

**LISTADO DE PRIORIZACIÓN DE SUBESPECIALIDADES HUAP AÑO 2024**

El concurso es para la *obtención de cupo para la siguiente Subespecialidad* impartida por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUBESPECIALIDAD OFRECIDA** | **N° cupos** | **Financiamiento Arancel** |
| Enfermedades Respiratorias del adulto | 1 | FMUCH (beca convenio)*\*Matricula debe ser cancelado por quien se adjudique la beca* |

**NÚMERO DE CUPOS DE SUBESPECIALIDADES QUE OFRECE EL HUAP AÑO 2024**

El presente concurso es para la obtención de un cupo / beca convenio para la subespecialidad priorizada en el cuadro anterior, impartidas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile año 2024.

En caso de que el ganador de una beca convenio no gane el concurso universitario, el cupo se otorgará a quien sigue de la lista de postulantes al concurso local del HUAP y así sucesivamente hasta se ocupado el cupo (beca convenio).

Obtener la beca convenio no garantiza el ingreso a la subespecialidad. Para eso debe haber participado de igual manera en el concurso universitario que realizó la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en el 2024.

**ANEXO Nº 3**

**CARATULA DE PRESENTACION**

**CARPETA DE POSTULACIÓN**

**“PROCESO DE SELECCIÓN DE SUBESPECIALIZACIÓN CON COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA INGRESO 2024”-**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido Paterno** |  |
| **Apellido Materno** |  |
| **Nombres** |  |
| **Cédula de Identidad**  |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefono1** |  |
| **Teléfono 2** |  |

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

**Timbre y Firma**

**Oficina de Partes**

**Hospital de Urgencia Asistencia Pública**

**Nota:** el postulante deberá conservar una copia del presente formulario, para acreditar en caso 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 de la Oficina de Partes del HUAP.

|  |
| --- |
| **ANEXO N° 4** |

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN CONCURSO CUPOS BECA SUBESPECIALIZACIÓN CONVENIO HUAP –FMUCH 2024**

**N° de Folio**

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

**(Uso de la Comisión)**

**IDENTIFICACIÓN PERSONAL:**

Apellido Paterno

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

Apellido Materno

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

Nombres

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

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

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

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** | **N° de Hojas Enviadas** |
|  | Carátula de presentación de la postulación  |  |
|  | EUNACOM |  |
|  | Formulario de Postulación |  |
|  | Registro Superintendencia de Salud |  |
|  | Documento que acredite postulación concurso especialidades derivadas Universidad de Chile 2024 |  |
|  | Certificado de nombramiento en nivel 1 PS |  |
|  | Relación de servicio  |  |
|  | Carta de respaldo Director del HUAP |  |
|  | Formulario Trabajos Científicos |   |
|  | Formulario Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento |  |
|  | Certificado de nombramiento en nivel 1 PS |  |

**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 5**

**CERTIFICADO DE NOMBRAMIENTO EN NIVEL I DE PLANTA SUPERIOR**

 Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el/la médico/a cirujano/a, Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con 22, 33 o 44 horas ley 19.664, de calidad jurídica titular o contrata, se encuentra nombrado en el nivel 1 de la Etapa Planta Superior.

***Cargo de quien certifica***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Firma de quien certifica:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fecha***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ANEXO Nº 6**

**CARTA RESPALDO DE DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO**

El Director de Establecimiento informa que está en conocimiento de la postulación al concurso de cupos de financiamiento por “Beca Convenio” para acceder a programas de subespecialidad, por parte del el/la médico cirujano, Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con 22, 33 o 44 horas ley 19.664, calidad jurídica titular o contrata, y respalda dicha postulación. Su participación en el programa de formación no alterará el funcionamiento del Servicio al que pertenece el postulante.

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

**Nombre y firma**

**DIRECTOR**

**Hospital de Urgencia Asistencia Pública**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma**

**Subdirector Médico**

**Hospital de Urgencia Asistencia Pública**

**V°B° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma**

**JEFE DE SERVICIO CLÍNICO DEL POSTULANTE**

ANEXO Nº 7

**FORMULARIO TRABAJOS CIENTIFICOS CONCURSO SUBESPECIALIZACIÓN**

**CUPOS BECA CONVENIO HUAP –FMUCH 2024**

**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 8**

**FORMULARIO CURSOS DE CAPACITACIÓN CONCURSO**

**CUPOS SUBESPECIALIZACIÓN BECA CONVENIO HUAP –FMUCH 2024**

**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 9**

**FORMULARIO DE APELACIÓN CONCURSO CUPOS BECA SUBESPECIALIZACIÓN CONVENIO HUAP –FMUCH 2024**

**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 y Firma y 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**

**FORMULARIO DE ACEPTACIÓN CUPO BECA SUBESPECIALIZACIÓN**

**CONVENIO HUAP –FMUCH 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Rut |  |
| Dirección |  |
| Teléfono de Contacto |  |
| Email |  |
|  |  |
|  |  |
| Cupo Obtenido |  |
| Universidad |  |
| Duración |  |
| Especialidad |  |
|  |  |
|  |  |
| CONDICIONES DEL PROGRAMA |
| Por la presente acepto el cupo del Programa de Especialización indicado anteriormente, en las condiciones establecidas en las Bases de Concurso de Ingreso al Programa de Subespecialización 2023, aceptando las condiciones que se señalan:* Acepto cancelar la matrícula del Programa de Especialización.
* Acepto las condiciones de contrato establecidos por el Hospital de Urgencias Asistencia Pública, por el periodo que dure la formación y el pago de los derechos arancelarios que corresponda al periodo de especialización.
* Acepta la suscripción de Escritura Pública a fin de garantizar la obligación de devolver su formación, como especialista, en un establecimiento hospitalario del Servicio Salud Metropolitano Central.
 |
| **FIRMA Y RUT DEL POSTULANTE** |