



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2017 - Año de las Energías Renovables

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO I 19407-16-2

---

ANEXO I

**Bases convocatoria “Programa de Rotación de Residentes de Medicina en Especialidades Oncológicas”- Año 2017**

El Instituto Nacional del Cáncer (INC) convoca a médicos que se encuentren realizando su residencia y estén incluidos dentro del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (Ley N° 22.127 y Resolución Ministerial N° 1993/15) a postularse para ser seleccionados con el objetivo de tener la oportunidad de rotar por servicios de excelencia a fin de interiorizarse en especialidades oncológicas.

Esta línea de capacitación que impulsa el INC se desarrolla en el marco de las acciones que viene llevando a cabo con el objetivo de intervenir en el proceso de formación de los recursos humanos en oncología para mejorar la calidad asistencial y contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer en el país.

La metodología de la rotación es a través de la asignación de un estímulo de PESOS NUEVE MIL (\$9.000.-) por un período de UN (1) mes.

El INC prioriza la rotación en las siguientes áreas:

- Anatomía patológica
- Mastología
- Cirugía oncológica
- Cáncer digestivo
- Cáncer de colon y recto
- Cuidados paliativos

Los postulantes tendrán plazo de presentar las postulaciones hasta el 22 de marzo de 2017.

**1) CONDICIONES DE ADMISIBILIDAD.**

Podrán postularse a la rotación aquellos médicos residentes comprendidos en el Sistema Nacional de Residencia del Equipo de Salud que tengan nacionalidad argentina o sean argentinos naturalizados.

Documentación general a presentar por todos los postulantes:

- Copia de D.N.I. (1° y 2° hoja).
- Presentar N° CUIT/CUIL.
- Copia de título habilitante.
- Copia de Matrícula profesional.
- Curriculum Vitae firmado en todas sus hojas.
- Fundamentación escrita de su interés en la rotación.
- Contar con nota de aval del Director del Hospital al cual pertenece para poder realizar la rotación.
- Completar el formulario de postulación elaborado por el PROGRAMA DE ROTACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA EN ESPECIALIDADES ONCOLÓGICAS del INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER.

El postulante deberá presentar la documentación requerida en el Instituto Nacional del Cáncer, Julio Argentino Roca 781, Piso 9° (C1067ABC), CABA, personalmente, vía correo postal o a la dirección de email [capacitacionrrhh.inc@gmail.com](mailto:capacitacionrrhh.inc@gmail.com)

**El incumplimiento de alguna de estas condiciones implicará la no consideración de la postulación del rotante.**

## 2) EVALUACIÓN DE LAS SOLICITUDES.

Las solicitudes serán valoradas por una Comisión Evaluadora, designada *ad hoc* por el Consejo Ejecutivo del INC, compuesta por integrantes de reconocida trayectoria en el ámbito de la oncología.

En el caso de requerir información complementaria a la incluida en las presentaciones, la Comisión puede solicitarla a los respectivos participantes.

La rotación que quede vacante dentro de los diez días hábiles de haberse notificado al postulante la decisión de la Comisión Evaluadora, será otorgada al siguiente postulante de la convocatoria correspondiente según el orden de mérito establecido.

## 3) TIPOS DE BECAS, ESTIPENDIO y PERIODO.

El INC otorgará DOCE (12) rotaciones en total en las diferentes especialidades de oncología de UN (1) mes de duración con un estímulo de PESOS NUEVE MIL (\$9.000.-), a comenzar en el mes de mayo de 2017 en los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Cabe aclarar que el INC no cubre gastos de traslado a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ni vivienda, ni seguro médico. El rotante deberá proveérselos de manera particular, como así también contar con seguro de mala praxis y accidentes personales.

## 4) OBLIGACIONES DEL ROTANTE SELECCIONADO.

El rotante deberá cumplir el plan de capacitación y asistencia según las exigencias específicas de la institución hospitalaria en la cual se inserte, la cual debe ser certificada por el Director del Hospital o Jefe de Servicio donde estén desarrollando sus actividades y remitidas al Instituto Nacional del Cáncer oportunamente.

Al término de la rotación, deberán presentar un Informe Final en el que se consignen las actividades desarrolladas y el nivel de cumplimiento de capacitación de acuerdo al contenido previsto.

El informe debe ser avalado por el Director del Hospital o Jefe de Servicio donde el rotante desarrolló su rotación.

El **rotante seleccionado** además deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Pertenecer a un servicio de salud de hospital público.
- Presentar comprobante de seguro de responsabilidad civil (mala praxis) con validez de aplicación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Presentar comprobante de seguro de accidentes personales en el ámbito laboral con validez de aplicación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Matrícula profesional válida para el ámbito de jurisdicción correspondiente.
- Suscribir la firma de un convenio con el INC de adhesión obligatoria.

**El incumplimiento de estas obligaciones por parte del rotante será causal de suspensión inmediata de la beca-estímulo y dará lugar a las acciones administrativas y legales correspondientes. Asimismo podrá originar la inhabilitación para la postulación a otra beca del Instituto Nacional del Cáncer.**

**FORMULARIO DE POSTULACIÓN ROTACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA EN ESPECIALIDADES ONCOLÓGICAS – Año 2017**

### 1. DATOS PERSONALES

Apellido:

Nombres:

Nº de documento:

Nº de CUIL:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Estado Civil:

Domicilio Particular:

Localidad:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

¿Cómo se enteró de esta rotación? (Marcar con una cruz una sola opción)

Mail

Página web (INC o Sociedades)

Hospital

Colegas ¿Quién? \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

INC (actividad, taller, capacitación que brindó el INC)

**2) FORMACION PROFESIONAL**

Nombre de la carrera:

Universidad o Facultad:

Año de egreso:

**3) ROTACION A LA QUE POSTULA**

Especialidad a la que aplica (indicar solo UNA): .....

Sede en la que desearía formarse (de acuerdo a las detalladas en el programa específico):  
.....

(la elección final de la sede será por disponibilidad y decisión de las autoridades del INC).

**4) ANTECEDENTES LABORALES**

Qué residencia se encuentra haciendo (nacional, provincial, privada, otro): .....

Nombre del hospital donde realiza su residencia médica:

Dirección:

Localidad: Provincia:

Servicio en el que se desempeña:

Nombre del jefe/a de servicio:

Nombre de Director/a del Hospital:

**5) ANEXOS**

Adjuntar al presente formulario la siguiente documentación:

Anexo I. CV resumido del postulante (no más de 3 páginas).

Anexo II. Copia del título habilitante.

Anexo III. Fundamentación escrita de su interés en la presente rotación. OBLIGATORIA.

Anexo IV. Copia 1° y 2° hoja de DNI.

Anexo V. Copia matrícula profesional.

Nota: en caso de ser necesario, puede ser que se solicite documentación complementaria.

Del postulante:

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en el Formulario y en el resto de la documentación entregada para participar del llamado a concurso del Programa de Rotación de Residentes de Medicina en Especialidades Oncológica, y dejé constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente según Resolución Ministerial N° .

	Nombre y Apellido		Fecha y firma	
--	-------------------	--	---------------	--

Del Director de Recursos Humanos y/o Coordinador de Docencia provincial:

Declaro mi aprobación a que el residente pueda realizar, en caso de ser seleccionado, la rotación de dedicación full time por 1 mes en el marco del Programa de Rotación de Residentes de Medicina en Especialidades Oncológica otorgada por el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina.

	Nombre y Apellido		Fecha y firma	
--	-------------------	--	---------------	--

Remitir este formulario junto a la documentación solicitada al Instituto Nacional del Cáncer, sito en Av. Julio A. Roca 781 9° (C1067ABC), CABA.

Para mayor información contactarse al email [capacitacionrrhh.inc@gmail.com](mailto:capacitacionrrhh.inc@gmail.com) o a los teléfonos (011) 5239-0583 o 5239-0572.