



Secretaría de  
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación

## ANEXO I

### Bases de la convocatoria:

#### Programa de Rotación de Residentes de Medicina en Especialidades Oncológicas

| Año 2019 |

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 Nº 22.127 y Resolución Ministerial Nº 303/2008) y del Sistema de residencias provinciales, 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 trece mil (\$13.000) por un período de uno (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 17 de marzo de 2019.

## 1) CONDICIONES DE ADMISIBILIDAD.

Podrán postularse a la rotación aquellos médicos residentes comprendidos en el Sistema Nacional de Residencia del Equipo de Salud y del Sistema de residencias de cada provincia que tengan nacionalidad argentina, sean argentinos naturalizados o posean residencia permanente en el país.- Ello por cuanto, tiene por objetivo esta convocatoria que todos aquellos postulantes y beneficiarios puedan volcar los conocimientos adquiridos en el país.-

Documentación general a presentar por todos los postulantes:

- Copia de D.N.I. (1º y 2º 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 ó Departamento de Docencia al cual pertenece el residente para poder realizar la rotación. Nota de aval o en su defecto su firma en el Formulario de Postulación.
- Completar el formulario de postulación elaborado por la Coordinación de Formación de Recursos Humanos del INC.
- En los casos que el postulante posea residencia permanente deberá adjuntar la constancia que así lo acredite.-

El postulante deberá presentar la documentación requerida en el Instituto Nacional del Cáncer, Julio Argentino Roca 781, Piso 10º (C1067ABC), CABA, personalmente, vía correo postal o a la dirección de email [rotacionresidentes.inc@gmail.com](mailto:rotacionresidentes.inc@gmail.com)



Secretaría de  
Gobierno de Salud



Ministerio de Salud y Desarrollo Social  
Presidencia de la Nación

**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 Director 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.

En el caso que el postulante no cumplimentara con la documentación dentro del plazo fijado no será tenida en cuenta su postulación.-

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

## **3) TIPOS DE ESTIMULO, ESTIPENDIO y PERIODO.**

El INC asignará doce (12) lugares en total para la realización de las rotaciones en las diferentes especialidades de oncología de 1 (uno) mes de duración con un estímulo de pesos trece mil (\$13.000.-), a comenzar en el mes de mayo de 2019 en la hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Cabe aclarar que el INC no cubre gastos de traslado a Capital Federal, 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 aceptar la sede designada por el Instituto Nacional del Cáncer, sin la posibilidad de solicitar cambio alguno.-

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 Jefe de Servicio, ó tutor designado, 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 Jefe de Servicio ó tutor designado 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 cumplimiento de estos requisitos deberá acompañarse hasta cinco días antes de iniciar la rotación.- En caso de demora no imputable al residente, el mismo no podrá iniciar la rotación hasta tanto el INC cuente con toda la documentación requerida.- 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 ÁREAS DE LA ONCOLOGÍA | Año 2019

### 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 este Programa? (Marcar solo 1 opción)

- Mailing  
 Página web del INC  
 Página web de Sociedades  
 Ex becarios del INC. Nombre: \_\_\_\_\_  
 Otro colega ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Otro. Detallar: \_\_\_\_\_

### 2) FORMACION PROFESIONAL

Nombre de la carrera: \_\_\_\_\_  
Universidad o Facultad: \_\_\_\_\_  
Promedio: \_\_\_\_\_  
Año de egreso: \_\_\_\_\_

### 3) ROTACION A LA QUE POSTULA

Especialidad a la que aplica (indicar solo UNA): .....  
Nota importante: la elección final de la sede será por 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 1º y 2º 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 áreas de la oncología, y dejo constancia que conozco y acepto todas las obligaciones que impone el reglamento correspondiente según Resolución Ministerial aprobada.

.....  
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 áreas de la oncología 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 10º (C1067ABC), CABA.

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