

III CONVOCATORIA PARA LA INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN EL ÁREA DE NEUROLOGÍA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

La Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe (en adelante FIBHUG), en el marco del “*Protocolo de actuación para el desarrollo de un Programa de Intensificación de la actividad investigadora de profesionales del Hospital Universitario de Getafe*” (en adelante HUG) convoca una plaza para la intensificación en Neurología (área de investigación de Esclerosis Múltiple) en el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario de Getafe (IISHUG) con arreglo a las siguientes,

CONDICIONES

PRIMERA. Objeto de la Convocatoria.

1. Constituye el objeto de la presente convocatoria, la realización del Programa de Intensificación de la actividad investigadora en el área de Neurología (línea de investigación sobre esclerosis múltiple) del IISHUG durante el año 2021

SEGUNDA. Descripción de la actuación.

1. El Programa consiste en la contratación por el HUG de UN (1) Facultativo Especialista (FEA) en el área de Neurología para sustituir parte (50%) de la actividad clínico-asistencial del profesional que haya sido seleccionado en este proceso para desarrollar actividades de investigación durante DOCE (12) meses en el año 2021.
2. Con esta actuación se pretende:
 - a. Potenciar la masa crítica de profesionales asistenciales que simultanean actividades de investigación para trasladar el conocimiento a los pacientes y para generar hipótesis de investigación desde la práctica asistencial.
 - b. Incentivar la participación del personal asistencial en actividades de investigación.
 - c. Favorecer la investigación orientada al paciente y a la población.
3. Serán beneficiarios de esta ayuda los investigadores de las solicitudes presentadas y deberán tener vinculación mediante relación funcional, estatutaria o laboral, con cualquiera de las entidades que formen parte del IISHUG desde el momento de la presente convocatoria y hasta su finalización.
4. A estos efectos, se entiende por vinculación estatutaria, únicamente, la prevista en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y normas autonómicas de desarrollo (en adelante, Ley 55/2003, de 16 de diciembre).
5. El plazo de presentación de las solicitudes y restante documentación requerida estará abierto desde el 20 de noviembre de 2020 hasta las 14 horas del 30 de noviembre de 2020 inclusive.
6. Tanto la convocatoria como los anexos estarán disponibles, al menos en el tablón de anuncios y web de la Fundación.
7. Los interesados deberán presentar un ejemplar de la documentación requerida en formato papel en la Secretaría de Dirección de la FIBHUG en la sede social en Ctra. de Toledo km 12,500. 28905 Getafe (Madrid)
8. Las solicitudes deberán ajustarse a los términos establecidos en la presente

convocatoria, y al menos deberán contener:

- a. La solicitud de la intensificación de la actividad investigadora firmada por el solicitante y por el Jefe de Servicio del HUG al que está adscrito (Documento nº1)
 - b. CVN abreviado de los proyectos de investigación, estudios clínicos activos así como de las publicaciones realizadas (Documento nº2)
 - c. Memoria de trabajo (Documento nº3)
 - d. Breve CV con la formación y experiencia profesional (Documento nº4)
 - e. Modelo de Acreditación Presupuestaria (Documento nº5)
9. El procedimiento de esta actuación se inicia previa petición por parte del investigador de oficio a la FIBHUG quien ha determinado los fondos disponibles del grupo a destinar a la financiación de esta actividad.
 10. El procedimiento de concesión de este programa cuenta con la disponibilidad económica suficiente para llevar a cabo esta actividad en el cumplimiento de los objetivos y eficiencia en la asignación y utilización de los recursos.
 11. El procedimiento finalizará mediante la resolución de concesión del investigador a intensificar.
 12. El órgano competente para la convocatoria y resolución será la FIBHUG como órgano de gestión del IISHUG.

TERCERA. Aportación económica.

1. El candidato seleccionado dedicará parte (50%) de su horario a la investigación y su actividad asistencial liberada será cubierta por un profesional contratado por el HUG.
2. La dotación económica para este programa asciende a TREINTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES CON SETENTA Y SEIS EUROS (30.433,76) correspondiente al coste empresa (sueldo bruto y seguros sociales) durante un periodo de DOCE (12) meses al 50 % de la jornada laboral.
3. La FIBHUG, aportará al HUG la cantidad indicada en el punto anterior de acuerdo con lo estipulado en la resolución de concesión.
4. Los términos de la intensificación del candidato y de la contratación del personal que le sustituya, serán establecidos por el HUG de acuerdo a las cuantías económicas financiadas y a lo establecido en las convocatorias correspondientes.

CUARTA. Evaluación y selección de las solicitudes

Las solicitudes serán admitidas según proceso administrativo una vez cuenten con la conformidad del IISHUG y serán evaluadas por una Comisión de Evaluación tripartita constituida por un miembro del IISHUG, por un miembro de la Dirección del HUG y por un miembro de la Comisión de Investigación del HUG, que las valorará como favorable o desfavorables de acuerdo a su viabilidad y factibilidad

Los criterios de valoración de las solicitudes favorables por parte de la Comisión, son:

- a. Valoración del currículum del solicitante (contrastar su actividad investigadora en el tiempo y línea de investigación): **hasta 70 puntos.**
- b. Valoración de la memoria, su viabilidad y plan de trabajo, contribución de la acción al avance, impulso y progreso de la investigación del centro y de la investigación en el ámbito regional, nacional e internacional así como de los objetivos, la justificación y resultados esperados para el grupo investigador, mediante el

aumento de la dedicación horaria a la investigación de uno de sus miembros: **hasta 20 puntos.**

- c. Valoración de los informes del centro respecto de la adecuación de la acción la sustitución asistencial en el periodo de intensificación y el impacto en la calidad asistencial prestada: **hasta 5 puntos.**
- d. Valoración del ajuste de la actividad investigadora del grupo solicitante a la priorización de las líneas de investigación del sistema sanitario: **hasta 5 puntos.**

La resolución de la Comisión será publicada al menos en el tablón de anuncios y web de la FIBHUG y en la misma constará la duración del contrato, el porcentaje de la jornada liberada y la cuantía.

QUINTA. Seguimiento

1. El profesional deberá presentar dentro de los 4 meses siguientes a la finalización del periodo de intensificación, y con su firma, una breve memoria descriptiva de las labores realizadas y resultados obtenidos durante el periodo de liberación dedicado a la investigación.
2. Deberá incluir una valoración personal sobre la efectividad o no de la medida objeto de esta convocatoria, así como del grado de cumplimiento de la calidad asistencial. La no presentación de la memoria incapacitará al grupo de investigación para presentarse a próximas convocatorias, en este marco, con el mismo objetivo.

SEXTA. Publicidad

En las publicaciones y otros resultados a los que puedan dar lugar las actuaciones concedidas, los beneficiarios de las ayudas deberán dar difusión al carácter público de la financiación de la actividad concedida, haciendo referencia expresa a que este programa de intensificación se engloba en las iniciativas de apoyo a la investigación que financia la Comunidad de Madrid.

De conformidad con todo lo expuesto y en el ejercicio de las atribuciones conferidas firma la presente, en Getafe a 19 de noviembre de 2020.

Por la FUNDACIÓN

D. Luis Julián Fernández Vera
Director

Documento nº 1
SOLICITUD
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXXXXX DEL
SERVICIO DE XXXXXXXX

Solicitud	Expediente nº			
NIF/Pasaporte/Tarjeta Residencia	APELLIDOS y NOMBRE			
Población	PROVINCIA			Código postal
Teléfono	Correo electrónico			
Nacionalidad:				Sexo: Mujer Hombre
Titulación:				
Año de nacimiento (aaaa):				

Servicio:	
Grupo de Investigación:	
Director del Grupo de Investigación:	
Duración intensificación:	meses al 50% X XX meses al 50%
Año de obtención del doctorado:	

Documento nº 1
SOLICITUD
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXXXXX DEL
SERVICIO DE XXXXXXXX

Proyectos de Investigación **activos**:

Título:

Financiación:

Código:

Duración:

Investigador principal y Centro promotor:

Centros participantes:

En MADRID

, a

de

de 20XX

Firma (original) del solicitante de la Intensificación
Jefe del Servicio del HUG

Documento 2
CURRICULUM VITAE ABREVIADO
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXX
DEL SERVICIO DE XXXXXXXX

APELLIDOS:		
NOMBRE:		
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO (dd mm aaaa):	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
DIRECCIÓN PARTICULAR:		
CIUDAD:	DISTRITO POSTAL:	TELÉFONO:
FORMACIÓN ACADÉMICA		
<u>LICENCIATURA/INGENIERA</u>	<u>CENTRO</u>	<u>FECHA</u>
		<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<u>DOCTORADO</u>		<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL Y FECHA DE INICIO:		
MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE XXXXXX DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. Fecha de inicio:		
ORGANISMO:		
Servicio Madrileño de Salud.		
CENTRO/FACULTAD/ESCUELA/INSTITUTO:		
Hospital Universitario de Getafe. Fundación de Investigación Biomédica del H.U. de Getafe		
DEPT./SECC./UNIDAD ESTR.: NEUROLOGÍA		
DIRECCIÓN POSTAL:		
TELÉFONO (indicar extensión):		FAX:
CORREO ELECTRÓNICO:		
SITUACION LABORAL	CONTRATO: <input type="checkbox"/>	OTRAS SITUACIONES:
	PLANTILLA: <input checked="" type="checkbox"/>	DEDICACIÓN: a) A TIEMPO COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/>
	INTERINO/A: <input type="checkbox"/>	b) A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>
	BECARIO/A: <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDADES ANTERIORES DE CARÁCTER CIENTÍFICO O PROFESIONAL		
<u>FECHA</u>	<u>PUESTO</u>	<u>INSTITUCIÓN</u>
FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN (dd mm aaaa)		
<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Nombre:

SELECCIÓN DE PUBLICACIONES EN LOS ULTIMOS SEIS AÑOS POR ORDEN CRONOLÓGICO

a(Reseñar sólo las publicadas)
(No incluir resúmenes de comunicaciones ni ponencias a congresos)

Nombre:

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(Relación de proyectos de investigación en desarrollo o finalizados en los que haya participado en los últimos 6 años, financiados por agencias públicas o privadas. Señale brevemente los objetivos principales del proyecto y su papel en el mismo: Investigador/a principal, colaborador/a, etc.)

Proyecto:

Título:

Duración:

Promotor:

Participación:

Nombre:	
PATENTES Y MODELOS DE UTILIDAD (que estén en explotación)	
AUTORES (por orden de firma): TITULO: Nº REGISTRO: ENTIDAD TITULAR: PAISES:	FECHA DE PRIORIDAD:
CONTRIBUCIONES DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN RELACIÓN AL DESARROLLO CLÍNICO, ASISTENCIAL Y / O DESARROLLO TECNOLÓGICO DEL SNS	

Nombre:
ENSAYOS CLINICOS EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS POR ORDEN CRONOLÓGICO
Código Título: Investigador Principal/Co-investigador:
FASE III
Ensayo Clínico: Código del Estudio: Promotor: Participación: Duración:

Documento n° 3
MEMORIA DE TRABAJO
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXXXX DEL SERVICIO
DE XXXXXXXXX

--	--	--	--	--

Proyectos para los que se solicita la intensificación y plan de trabajo correspondiente:

1º:
2ª

Otros proyectos:

Documento n °4
BREVE CV CON FORMACIÓN Y EXPERIENCIA PROFESIONAL
SOLICITUD DE INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DEL/LA DR./DRA. XXXXXXXXX
DEL SERVICIO DE XXXXXXXX

Candidato:
Cargo asistencial y centro(s) donde realiza la actividad (EAP, CEP, Hospital, etc.):
Horario y turno laboral:
Actividad asistencial:
Dedicación horaria a otras actividades (ej. profesor asociado de ciencias de la salud, actividades de gestión, o investigadora clínica, ensayos, o experimental) si está establecida dentro del horario laboral:
Candidato propuesto a contratar como suplente para cobertura asistencial y adaptación al perfil de la plaza

Fecha :

**AYUDAS PARA
LA INTENSIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD
INVESTIGADORA DE DR./DRA. XXXXX XXXXXX
DEL SERVICIO DE XXXXX**

Documento nº5: Modelo de Acreditación Presupuestaria

En Getafe a 19 de noviembre de 2020

Yo, Dr./Dra. XXXXXXXXXXX, como IP de los proyectos y cursos que abajo figuran declara que la cantidad a disposición de la FIBHUG por importe de XXXXXXX euros para cubrir una plaza de intensificación en el área de XXXXXXX durante un año XXXXXXX, a 50% de la jornada es el que se relaciona a continuación:

Proyecto	Saldo Actual	Reservado	Total
Proyectos			
- Código Fundanet	XXXX	XXXX	
-	XXXX	XXXX	
Cursos			
- Código Fundanet	XXXX	XXXX	
-	XXXX	XXXX	
Total			

Fdo.- Dr./Dra.

Nombre del Director/a de Grupo

VºBº.- D. Luis Fernández Vera

Director de la FIBHUG



Solicitud de compatibilidad segunda actividad

1.- Datos del interesado:

NIF/NIE			Apellido 1							
Apellido 2				Nombre						
Correo electrónico										
Dirección	Tipo vía			Nombre vía			Nº		Portal	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia	
Fax				Teléfono Fijo			Teléfono Móvil			

2.- Datos de el/la representante:

NIF/NIE			Apellido 1			Apellido 2				
Nombre					Correo electrónico					
Fax				Teléfono Fijo			Teléfono Móvil			

3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº		Portal		
	Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia	

4.- Datos del puesto de trabajo (actividad pública principal por la que se opta):

Denominación											
Centro Directivo/Organismo											
Consejería						Horario trabajo					
Vinculación	<input type="radio"/> Funcionario carrera		<input type="radio"/> Estatutario Fijo		<input type="radio"/> Laboral Fijo		<input type="radio"/> Otra				
	<input type="radio"/> Funcionario interino		<input type="radio"/> Estatutario eventual		<input type="radio"/> Laboral Temporal						
Grupo funcional/estatutario/o laboral equivalente					<input type="radio"/> OA1 <input type="radio"/> OA2 <input type="radio"/> OB <input type="radio"/> OC1 <input type="radio"/> OC2 <input type="radio"/> Agrupación Profesional						

5.- Datos de la actividad pública cuya compatibilidad se solicita:

<input type="radio"/> Comunidad de Madrid	<input type="radio"/> Estatal	<input type="radio"/> Otra Comunidad Autónoma	<input type="radio"/> Administración Local	<input type="radio"/> Universidad	<input type="radio"/> Otra Administración						
Denominación											
Centro Directivo/ Consejería Organismo/ Ente Público						Horario de trabajo					
Vinculación	<input type="radio"/> Funcionario carrera		<input type="radio"/> Estatutario Fijo		<input type="radio"/> Laboral Fijo		<input type="radio"/> Otra				
	<input type="radio"/> Funcionario interino		<input type="radio"/> Estatutario eventual		<input type="radio"/> Laboral Temporal						
Grupo funcional/estatutario/o laboral equivalente					<input type="radio"/> OA1 <input type="radio"/> OA2 <input type="radio"/> OB <input type="radio"/> OC1 <input type="radio"/> OC2 <input type="radio"/> Agrupación Profesional						



Comunidad de Madrid

6.- Datos de la actividad privada cuya compatibilidad se solicita:

<input type="radio"/> Por cuenta propia					<input type="radio"/> Por cuenta ajena					
Actividad										
Empresa privada										
Horario de trabajo			Desde			hasta			Nº horas semanales	
Tipo de vía				Nombre vía					Nº	Portal
Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia		
Fax						Teléfono Fijo				Teléfono Móvil

7.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
En el caso de actividades privadas por cuenta ajena certificado de empresa donde figure expresamente la jornada semanal y el horario de trabajo	<input type="checkbox"/>
Otra documentación	

8- DECLARACIÓN RESPONSABLE:

El/la solicitante declara ser ciertos los datos consignados en la presente solicitud y quedar enterado/a de la obligación de comunicar inmediatamente cualquier variación de los mismos.

En, a..... de..... de.....

FIRMA

DESTINATARIO

Información sobre Protección de Datos

1. Responsable del tratamiento de sus datos

- **Responsable:** VICEPRESIDENCIA, CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA Y PORTAVOCÍA DEL GOBIERNO, D. G. DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
- **Domicilio social:** Consultar www.comunidad.madrid/centros
- **Contacto Delegado de Protección de Datos:** protecciondatospresidencia@madrid.org

2. ¿En qué Actividades de Tratamiento están incluidos mis datos personales y con qué fines se tratarán?

- INCOMPATIBILIDADES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Recogida, grabación, conservación consulta, utilización de datos.

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales, sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

- Tramitación y seguimiento de expedientes de compatibilidades de empleados públicos de la Comunidas de Madrid

3. ¿Cuál es la legitimación en la cual se basa la licitud del tratamiento?

RGPD 6.1 a) el interesado dio su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales para uno o varios fines específicos.

Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de la Administración

4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Puede ejercitar, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Según la Ley 39/2015, el RGPD (UE) y la Ley Orgánica 3/2018, puede ejercitar sus derechos por Registro Electrónico o Registro Presencial, en ambos casos haciendo constar la referencia 'Ejercicio de derechos de protección de datos'.

5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

SI

Tiene derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre usted o le afecte significativamente de modo similar.

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo:

Periodo indeterminado

Los datos se mantendrán de forma indefinida mientras el interesado no solicite su supresión o ejercite su derecho de oposición.

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Empleados, Otros (Administración Pública, Juzgados y Tribunales, Boletines Oficiales)

8. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada, cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento o consentimiento explícito para datos especiales.

9. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.aepd.es> si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos de carácter identificativo, Datos académicos y profesionales, Detalles del empleo, Información comercial, Datos económicos, financieros y de seguro

11. Fuente de la que procedan los datos

Interesado y Terceros

12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <http://www.agpd.es>, así como la información sobre el Registro de Actividades de Tratamiento del Responsable antes señalado en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos