



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL SET DE FORMULARIOS DEL POSTULANTE PARA
EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DE FUNCIONARIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA
(Uso exclusivo del Postulante)
Proceso 2018- 2019**

CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD PARA LA POSTULACIÓN:

- Es importante destacar que para postular a estas Pasantías es requisito primordial el estar contratado a plazo fijo o plazo indefinido bajo el Estatuto de Atención Primaria, Ley N°19.378, en cualquier nivel de sus categorías funcionarias, con una antigüedad de dos años en los establecimientos reconocidos por la ley mencionada.
- Los funcionarios que han realizado pasantías de este Programa, en cualquiera de sus modalidades (nacional o internacional) **no pueden volver a postular ni participar de estas.**
- Según el Literal e) del Artículo Séptimo del Reglamento del Programa, será considerado como condición indispensable para participar en el proceso de selección del mismo, la presentación de un certificado de salud otorgado por un médico que acredite la condición de salud compatible.
- No deben formar parte de las comisiones de evaluación local, quienes postulan a estas pasantías.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS DE POSTULACIÓN:

- Este instructivo adjunta 5 FORMULARIOS, los que deben ser llenados con la información requerida.
- La documentación adicional solicitada, se debe adjuntar como anexo a cada formulario, cuando así corresponda.
- Los formularios deben ser llenados en formato Word de su computador o con letra imprenta clara.

**I. IDENTIFICACION Y ANTECEDENTES LABORALES DEL POSTULANTE
(FORMULARIO N°1)**

Se deberán completar todos los datos solicitados y adjuntar al final de este formulario:

- 1.1 Fotocopia simple certificado de título profesional (cuando corresponda)
- 1.2 Copia vigente de Decreto o Resolución de nombramiento a plazo fijo o indefinido bajo el Estatuto de Atención Primaria, Ley N°19.378.
- 1.3 Certificado de Antecedentes del Registro Civil, con no más de 1 mes de antigüedad.
- 1.4 Currículum Vitae resumido (no más de tres páginas)
- 1.5 Certificado del Empleador que acredite la Antigüedad en la APS del postulante,
- 1.6 Certificación del Empleador de no haber sido sancionado por un Sumario Administrativo, dentro de los 5 años anteriores al proceso de selección, con no más de un mes de antigüedad.
- 1.7 Certificado de Salud Compatible con Pasantías (Formulario 4), con no más de un mes de antigüedad.
- 1.8 Certificados de las Actividades de Capacitación realizadas en los últimos tres años.
- 1.9 Certificados de Participación en instancias internas y externas no relacionadas directamente con el desempeño profesional o laboral.

II. FUNDAMENTO PARA POSTULAR AL PROGRAMA DE PASANTIAS APS (FORMULARIO N°2)

Para completar este formulario, se deberán responder las preguntas ahí planteadas, considerando las razones por las cuales se siente motivada(o) a participar en este Programa.

Además debe incluir en forma decreciente, al menos 3 posibles lugares para Profesionales y 2 posibles lugares para Técnicos, Administrativos y Auxiliares de Pasantías en que desearía participar, para luego, de acuerdo al ranking de puntaje nacional se adjudique el cupo de pasantía respectivo.

III. COMPROMISO DEL EMPLEADOR (FORMULARIO N°3A y N°3B)

A. El Empleador del postulante, deberá declarar su compromiso en términos de:

- i) Mantener el cargo y la remuneración al pasante durante todo el período que dure el perfeccionamiento;
- ii) Arbitrar las medidas destinadas a mantener el debido nivel de atención a los usuarios durante su ausencia;

B. Deberá suscribir un compromiso de apoyo financiero y en la gestión, en la medida de sus posibilidades presupuestarias y de acuerdo a las condiciones establecidas en las Instrucciones Generales para las Municipalidades, para la implementación de plan de mejorías o proyectos de gestión local, que como resultado de su perfeccionamiento, le propongan los pasantes a su retorno.

IV. CERTIFICADO DE SALUD (FORMULARIO N°4)

Este certificado deberá ser llenado por un médico que certifique que el postulante se encuentra en buenas condiciones de salud física y psíquica para desarrollar cualquiera de las pasantías del programa. Este documento se debe adjuntar al Set de Formularios del Postulante.

V. EXPERIENCIAS DE PERFECCIONAMIENTO REALIZADAS POR EL POSTULANTE (FORMULARIO N°5A y FORMULARIO N°5B)

Tanto los postulantes profesionales como los técnicos, administrativos y auxiliares deberán completar los datos solicitados en relación a cursos y capacitaciones realizadas. Se deberán adjuntar los respectivos certificados que acrediten la realización de cursos y capacitaciones recibidas. No se considerarán aquellos cursos que los postulantes estén realizando actualmente.

Profesionales (FORMULARIO N°5A)

- **Cursos de Post Grado:**

Se considerarán en este grupo los cursos de post grado **realizado durante toda la trayectoria profesional** del postulante. Se incluyen Doctorados, Magíster y Diplomados relacionados con Salud Pública, Salud Familiar y Administración en Salud.

- **Otros Cursos:**

Se considerarán en este grupo aquellos cursos, seminarios y/o congresos impartidos directamente por los Servicios de Salud, Municipalidades, Sociedad Médica y entidades académicas, que estén relacionadas con el área de la salud y que no tienen carácter de post grado. En esta categoría se evaluarán **sólo los cursos realizados durante los últimos tres años**, es decir, durante los años **2016, 2017 y 2018**.

En esta categoría se considerarán Jornadas de Atención Primaria, Jornadas de Medicina Familiar, 2

Cursos de Gestión en Atención Primaria, Cursos de Calidad, otros Cursos y Congresos en el Área de Salud Familiar y Atención Primaria.

**Técnicos, Administrativos y Auxiliares
(FORMULARIO N°5B)**

Se considerarán aquellos cursos, jornadas o seminarios impartidos directamente por los Servicios de Salud, Municipalidades y entidades académicas que estén relacionadas con el área de la salud y/o directamente con su área de trabajo. Se evaluarán **sólo los cursos realizados durante los últimos tres años**, es decir, durante los años **2016, 2017 y 2018**.

(30) Situación Contractual

Fecha nombramiento bajo el Estatuto de Atención Primaria, Ley Nº19.378 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Tipo de Contrato: Plazo Indefinido: _____ Plazo Fijo: _____

(30) Adjunta Decreto o Resolución de Nombramiento:	SI	NO
---	-----------	-----------

(31) Señale las instancias en las cuales se encuentra participando actualmente o ha participado en los últimos tres años.

Instancias de Participación	Respuestas			
	Participando		He participado	
	Si	No	Si	No
Internas:				
Consejo Técnico.....				
Consejo Técnico Ampliado.....				
Comisión Calificación de Mérito.....				
Comité Bipartito de Capacitación.....				
Comité Paritario de Higiene y Seguridad ...				
Comité de Navidad o similar				
Participación Gremial..... (En alguna asociación de base, Federación o Confederación)				
	Si	No	Si	No

Externas: Comunitarias y Sociales en representación del establecimiento	Respuestas			
	Participando		He participado	
	Si	No	Si	No
Consejo o Comité Local de Salud..... (instancia de participación con la comunidad usuaria)				
Grupos de autocuidado..... (Adulto Mayor, Adolescentes, Diabéticos, HTA, Drogas, etc.)				
Voluntariado de Salud..... De coordinación en el extra sector salud (parlamentos comunales, uniones comunales de juntas de vecinos, comisión mixta salud-educación, seguridad ciudadana, etc.)				
	Si	No	Si	No

(32) Distancia desde ciudad principal hasta ciudad de Santiago (en kilómetros), se exceptúan las Regiones Metropolitana, V, VI, VII.

--	--	--	--	--	--

II. FUNDAMENTOS DE LA POSTULACION AL PROGRAMA DE PASANTIAS APS

RUT del Postulante: _____

Fundamentos de la Postulación al Programa de Pasantías

Conteste brevemente lo siguiente:

1. Indique cuáles son los motivos de su postulación:

2. ¿Cuáles son las dificultades o problemas principales que usted detecta en su trabajo que podrían ser modificados con alguna de estas experiencias de perfeccionamiento? (Impacto que producirá la realización de la pasantía)

3. Los Cursos de Perfeccionamiento descritos en el set de pasantías, qué relación tienen con su trabajo y las funciones que desempeña?. Explique.
(Si su trabajo se relaciona mas con alguna de las pasantías, no significa necesariamente que usted quedará seleccionado en la misma. **Usted postula al programa, no a una pasantía específica**)

2 A PASANTIA A LA QUE POSTULA, Programa Especial de Capacitación y Perfeccionamiento para los Profesionales de la Atención Primaria Municipal de Salud

Marque en forma decreciente (de 1 a 3) su elección a pasantía al que prefiere postular. Al menos 3 preferencias

Curso de Capacitación y Perfeccionamiento en el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario, a realizarse en España. Contenidos del Curso: Geriátría y Cuidado Multidisciplinario, Abordaje integral de la salud de personas Migrantes, Cuidado Pacientes Crónicos, Salud Mental en APS.	
Curso de Capacitación y Perfeccionamiento en Gestión Directiva de Atención Primaria de Salud a realizarse en España.	
Curso de Capacitación y Perfeccionamiento en el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario, a realizarse en Canadá. Contenidos del Curso: Geriátría y Cuidado Multidisciplinario. Abordaje integral de la salud de personas Migrantes. Cuidado Pacientes Crónicos. Salud Mental en APS (Atención Primaria de Salud)	

2 B PASANTIA A LA QUE POSTULA, Programa Especial de Capacitación y Perfeccionamiento para los Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Atención Primaria Municipal de Salud.

Marque en forma decreciente (de 1 a 2) su elección a pasantía al que prefiere postular. Al menos 2 preferencias

Curso de Capacitación y Perfeccionamiento en Geriátría y Cuidado Multidisciplinario a realizarse en Colombia. Contenidos del Curso: Geriátría y Cuidado Multidisciplinario. Abordaje integral de la salud de personas Migrantes. Cuidado Pacientes Crónicos. Salud Mental en APS (Atención Primaria de Salud).	
Curso de Capacitación y Perfeccionamiento en el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario, a realizarse en España. Contenidos del Curso: Geriátría y Cuidado Multidisciplinario. Abordaje integral de la salud de personas Migrantes. Cuidado Pacientes Crónicos. Salud Mental en APS (Atención Primaria de Salud).	

III. COMPROMISO DEL EMPLEADOR

3A Patrocinio RUT del postulante: _____

El Programa de Capacitación y Perfeccionamiento, requiere del patrocinio del Empleador del postulante, por lo que se solicita el siguiente compromiso:

Como Empleador del postulante me comprometo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo Séptimo literal c) del documento que Aprueba el Programa de Pasantías, a: i) mantener el cargo y la remuneración al becado durante todo el período que dure el perfeccionamiento; ii) arbitrar las medidas ordenadas a mantener el debido nivel de atención a los usuarios durante su ausencia.

<p>Nombre Empleador: _____</p> <p>Cargo Empleador: _____</p> <p>Establecimiento: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>
--

3B Compromiso de Apoyo

Como Empleador del postulante me comprometo, a apoyar **de acuerdo a las posibilidades presupuestarias**, la implementación de mejorías o proyectos que, como resultado de su perfeccionamiento, me propongan los pasantes a su retorno.

<p>Nombre Empleador: _____</p> <p>Cargo Empleador : _____</p> <p>Establecimiento : _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>
--

Referencia

La información aquí solicitada deberá ser entregada por el Empleador del postulante.

1. Explique brevemente porqué resulta importante para su Municipio la capacitación del postulante en el área de la Salud Familiar.

2. Explique brevemente cómo se aprovechará la capacitación del postulante en los proyectos y programas de salud de la comuna, con especial referencia a aquellos de Salud Familiar.

Nombre del Empleador

Firma y Timbre

IV.- FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE SALUD COMPATIBLE

RUT del Postulante: _____

Nombre del Postulante:	
Rut:	
<p>Por el presente documento se certifica que el postulante al Programa de Pasantías de Salud Familiar en sus versiones 2018-2019, se encuentra en buenas condiciones de salud tanto física como síquica para desarrollar las actividades consideradas en las pasantías del programa y que no se encuentra cursando enfermedad crónica o incapacitante que pueda atentar contra su buen desempeño y seguridad durante la realización de actividades de estudio en el extranjero.</p>	
<p>Si el postulante presenta algún grado de discapacidad, que no imposibilita su desempeño en las actividades consideradas en las pasantías, pero requiere de apoyo especial, esto deberá ser informado en detalle a continuación, indicando requerimientos especiales y grado de discapacidad.</p>	
Nombre del Médico que certifica:	
Teléfono:	
RUT:	RCM:
Firma:	
Fecha:	

PARA PROFESIONALES

V. EXPERIENCIAS DE PERFECCIONAMIENTO REALIZADAS POR EL POSTULANTE

RUT del Postulante: _____

- 1) **CURSOS DE POST GRADO**, realizados durante toda la trayectoria profesional en las áreas que se señalan en el ítem V del instructivo. (Se deben adjuntar certificados correspondientes)

Nombre Curso	Institución	Año

- 2) **OTROS CURSOS**, realizados durante los últimos 3 años (2016, 2017 y 2018) en las áreas que se señalan en el ítem V del instructivo. (Se deben adjuntar certificados correspondientes)

Nombre Curso	Horas	Institución	Año

PARA TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y AUXILIARES DE SERVICIOS DE SALUD

V. EXPERIENCIAS DE PERFECCIONAMIENTO REALIZADAS POR EL POSTULANTE

RUT del Postulante: _____

- 1) CURSOS, JORNADAS O SEMINARIOS, realizados durante los últimos 3 años, es decir, 2016, 2017 y 2018, en las áreas que se señalan en el numeral V del instructivo. (Se deben adjuntar certificados correspondientes)

Nombre Curso	Institución	Número de Horas	Año