

**SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS**

**DEPTO. DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

**FORMACIÓN**

**FORMULARIO DE SOLICITUD COMISION DE SERVICIO Y/O ESTUDIO AL EXTRANJERO**

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**Fecha solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Identificación del comisionado***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | | **Nombres** | |
|  |  | |  | |
| RUN: | Profesión | | | Grado/Horas  **(Según corresponda)** |
| Cargo: | | Calidad Jurídica: | | |
| División: | | Departamento: | | |
| Funciones del Comisionado: | | | | |

**Antecedentes Comisión de Servicios al Exterior**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicar con un X el objetivo estratégico en el cual se enmarca el viaje:  (Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales) | | | |
| 1 | Mejorar la gestión de los Servicios de Salud y sus establecimientos, optimizando sus procesos clínicos y resultados, en el marco de la gestión integrada de redes asistenciales, para lograr una gestión sanitaria centrada en la mejora continua y calidad de la atención, que dé cuenta del enfoque de DSS, equidad en el acceso, incorporación del enfoque de género, respeto a la diversidad y trato digno en la solución de los problemas de salud de la población a cargo. | |  |
| 2 | Optimizar progresivamente el funcionamiento del GES con enfoque de derechos en salud mediante la gestión de brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones, derivada de problemas de salud garantizados, fortaleciendo la integración de la red asistencial bajo modelo RISS basadas en APS. | |  |
| 3 | Fortalecer la gestión del recurso humano perteneciente a nuestra red asistencial, mediante la generación de una política asociada al desarrollo del talento humano, actual y futuro, con el fin de dar cuenta de sus condiciones de trabajo, suficiencia, formación y retención que permita atender los problemas de salud de la población. | |  |
| 4 | Optimizar el modelo de financiamiento reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud (dispersión geográfica, carga de morbilidad, complejidad, etc.) explicitando el déficit estructural del Sector, para lograr equilibrio financiero y avanzar en equidad. | |  |
| 5 | Invertir en el fortalecimiento de la infraestructura de las redes asistenciales, del equipamiento y tecnología, del nivel primario y hospitalario de los servicios de salud, mediante la gestión del Plan Nacional de Inversiones que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar y servicios de atención primaria de alta resolución, con el fin de mejorar la calidad de atención y satisfacción de nuestros usuarios. | |  |
| Tipo de Participación: | | | |
| Objetivo del Viaje: | | | |
| Impacto en la gestión (indicar área específica): | | | |
| País: | | Ciudad: | |

Itinerario

|  |  |
| --- | --- |
| Destino Final |  |
| Otros Destinos |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº días Actividad:** |  | Fecha Inicio |  | Fecha Término |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha Salida |  | Fecha Arribo  al Destino |  | Fecha regreso  al país |  |

**Financiamiento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicita viáticos: | **Sí** | |  | **No** | |  |  | Financiado por | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |
| Solicita pasajes: | **Sí** | |  | **No** | |  |  | Financiado por | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |
| Otros Gastos: | **Sí** | |  | **No** | |  |  | Financiado por | |  | |
| **REFRENDACIÓN PRESUPUESTARIA POR**  **GASTOS DE LA INSTITUCIÓN**  (Completar solo en el caso de pago de viáticos, pasajes, etc., por parte de la Institución) | | | | | | | | | | | | |
| **Presupuesto** | | | **Viatico** | | | **Pasajes** | | | | **Otros** | | **Firma y Timbre**  **Área de Finanzas** |
| Aprobado | | | **$** | | |  | | | |  | |
| Gasto Acumulado | | | **$** | | |  | | | |  | |
| Refrendación Actual | | | **$** | | |  | | | |  | |
| Disponible | | | **$** | | |  | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Compromiso de Replica**  (uso exclusivo del funcionario solicitante) | **Una vez finalizada la comisión de servicios, el funcionario se compromete a:** |
| Réplicas a equipo de trabajo: |
| Otro: |

**Reemplazo (según Resolución Nº70 del 2013, Ministerio de Salud)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Comisiones menores a 30 días** | a) La ausencia del funcionario afecta el normal funcionamiento de la Unidad |  | | | | |
| **SI** |  | **NO** |  |  |
|  | | | | |
| b) Es necesaria la designación de un reemplazante | **SI** |  | **NO** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Justificar respuesta anterior: | | | | | |
| c) Indicar Nombre, Profesión, Especialidad y Función del reemplazante: | | | | | |
| d) Indicar Nº de Profesionales en la Unidad y sus especialidades: | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comisiones mayores a 30 días** | **REFRENDACIÓN PRESUPUESTARIA POR**  **CONTRATACIÓN DE REEMPLAZO** | | |
| **Presupuesto** | **Monto** | **Firma y Timbre**  **Área de Finanzas** |
| Aprobado | **$** |
| Gasto Acumulado | **$** |
| Refrendación Actual | **$** |
| Disponible | **$** |
| ***Podrá omitirse la contratación solo en situaciones excepcionales las que deberán ser debidamente justificadas por el Jefe Superior del Servicio.*** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mantención Remuneraciones | Total |  |
| Parcial (indicar %) |  |

**Detalle comisiones al exterior realizadas (últimos dos años)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Destino | Periodo | Motivo | Nº Oficio y fecha envío Informe de Cumplimiento |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Autorización

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Director de Servicio | Nombre | **Firma** |
| Director Hospital | Nombre | **Firma** |
| Jefe Directo | Nombre | **Firma** |
| Interesado/a | Nombre | **Firma** |

|  |
| --- |
| **V° B° SUBSECRETARIO/A** |

# logoSSMAULE

# 

**SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS**

**DEPTO. DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

**FORMACIÓN**

**CERTIFICADO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

(Cumplimiento Circular Nº 2C/09, 19.03.2001)

El Director que suscribe certifica que :

1. Don:

RUT Nº : \_\_Cargo:

Función que desempeña:

Horas: Calidad Jurídica:

1. Naturaleza de la Comisión:.
2. Razones de interés público que la justifican:

1. Plazo de duración de la comisión (especificar fecha inicio y término del evento):
2. Forma de financiamiento de la comisión:
3. Indicar cómo la comisión se enmarca dentro de las políticas ministeriales y/o locales:

1. Tipo de participación que le corresponderá al personal comisionado (asistente, expositor, representante, etc.):

1. Especificación de sí el interesado seguirá percibiendo sus remuneraciones en forma total o parcial:
2. Nombre del funcionario que reemplazará en funciones al asignado en comisión:
3. Detalle de comisiones al extranjero realizadas por el interesado en los últimos dos años, señalando los objetivos de las mismas:

**Año:**   **Objetivos:**

1. Ítem presupuestario a que debe imputarse el gasto, cuando corresponda:

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

Director del Hospital

Fecha,

# logoSSMAULE

**SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS**

**DEPTO. DESARROLLO DE LAS PERSONAS**

**FORMACIÓN**

### FINANCIAMIENTO DE COMISIÓN DE SERVICIOS Y/O ESTUDIOS AL EXTRANJERO

NOMBRE: RUT:

ESTABLECIMIENTO: CARGO:

SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO:

Comunico a usted que he sido autorizado por mi jefatura, para asistir como invitado

al:

Considerando que, para mí, como para este Ministerio es de suma importancia asistir a dicho evento, informo a usted que en forma personal y voluntaria financiaré gastos de:

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

FIRMA FUNCIONARIO

Fecha,