

**Unidad de Personal**

**Comisión de Servicio al Extranjero**

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

**SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**Fecha solicitud:**

**Identificación del comisionado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | | | **Nombres** |
| **XXXXXX** | **XXXXX** | | | **XXXXXXXXXX** |
| RUN: 15.XX.XXX-X | Profesión: Médico XXXX | | | Grado/Horas: |
| Cargo: | | | Calidad Jurídica: | |
| División: | | | Departamento: | |
| Nombre de la Actividad a realizar: | | | | |
| Funciones del Comisionado: | | | | |
| Correo institucional: | | Correo Personal: | | |

**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 2019-2022) | | | |
| 1 | Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus  Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus  resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una  mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de  Salud de la población a su cargo. | |  |
| 2 | Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar  operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida | |  |
| 3 | Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población. | |  |
| 4 | Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y  hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones  y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación de  nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud  mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción  de nuestros usuarios | |  |
| 5 | Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad. | |  |
| **Tipo de Participación:** | | | |
| **Objetivo del Viaje:** | | | |
| **Impacto en la gestión (indicar área específica):** | | | |
| **País:** | | **Ciudad**: | |

Itinerario

|  |  |
| --- | --- |
| Destino Final |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** |
|  |
| Otro: Indicar como beneficiará al usuario, la asistencia a la actividad |

**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Directora Del Servicio de Salud** | **Srta. Elizabeth Abarca Triviño**  Directora de Servicio de Salud Ñuble | **Firma** |
| **Directora Hospital Clínico Herminda Martín** | **Dra. Luz María Morán Ibañez**  Directora | **Firma** |
| **Subdirector Médico** | **Dr. Nicolás Peña Toro**  Subdirector Médico | **Firma** |
| **Jefaturas Directas** |  | **Firma** |
| **Interesado** |  | **Firma** |

Gráfico, Gráfico de rectángulos

Descripción generada automáticamente

CHILLÁN, XX de XXXX de 2024

A:

DRA. LUZ MARÍA MORÁN IBAÑEZ

DIRECTORA

HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN

PRESENTE.

Me dirijo a usted respetuosamente, para informarle mi asistencia, por interés personal, a: **(Indicar nombre del Curso a realizar),** a realizarse con fecha del **XX al XX del mes XXXX de 2024**, en **(Ciudad de** **destino), (País de destino),** por lo cual solicito a usted, tenga a bien, autorizar mi asistencia solo con goce de remuneraciones, ya que los gastos de estadía y pasajes serán autofinanciados.

Agradece y le saluda atentamente a usted,

**DRA. XXXXXXXXXXX**

**(INDICAR ESPECIALIDA**D)

V°B

Dra. Luz María Morán Ibañez

Directora

Hospital Clínico Herminda Martín

****

CHILLÁN, XX de XXXX de 2024

**CARTA DE COMPROMISO**

**Yo, XXXXXXXX, RUT: XX.XXX.XXX-0, Médico (INDICAR ESÉCIALIDAD) con funciones en el servicio de (INDICAR SERVICIO EN QUE SE DESEMPEÑA) Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, quien desea asistir al: ““NOMBRE DEL CURSO”,** a **realizarse con fecha del XX al XX de (INDICAR MES) de 2024**, **en** **(INDICAR CIUDAD), (INDICAR PAIS), me comprometo ante la Directora del Hospital Clínico Herminda Martín a replicar y aplicar todos los conocimientos adquiridos en esta Formación y presentar un proyecto de mejora en mi unidad, además de una vez finalizada la formación de seguir desarrollando mis funciones en el establecimiento por el doble del tiempo que duró el proceso de formación, brindando una atención de calidad a nuestros usuarios.**

**DR. XXXX XXXX**

Médico **(INDICAR ESPECIALIDAD)**

Hospital Clínico Herminda Martín

****

CHILLÁN, XX de XXXX de 2024

**De mi consideración:**

Por medio de la presente, me permito dar mi respaldo como Jefe del Servicio de **XXXX** a Dra. **XXXXXX**, Rut **XXXXXXX**, médico **(INDICAR** **ESPICIALIDAD)** de este hospital, para asistir al **“NOMBRE DEL CURSO”** a realizarse con fecha del XX al XX de **(INDICAR MES)** de 2024, en **B(INDICAR CIUDAD), (INDICAR PAIS).**

Lo anterior se hace necesario con la finalidad de resolver patologías de la especialidad y disminuir listas de espera.

Junto con lo anterior, me permito informar que en lo que respecta a las atenciones que el profesional realiza en cirugía, se tomarán las medidas necesarias para que el equipo pueda atender pacientes hospitalizados y quirúrgicos.

**Dr. XXXXX XXXX XXXX**

Jefe Servicio de XXXXXX

****

CHILLÁN, XX de XXXX de 2024

**De mi consideración:**

Por medio de la presente, me permito dar mi respaldo como Jefa de CR Atención Ambulatoria de Especialidades CRAAE a Dra. XXXXXXXXXX , Rut 16.155.XXX-X, médico **(INDICAR ESPECIALIDAD)** de este hospital, para asistir al **“NOMBRE DEL CURSO”,** a realizarse con fecha del XX al XX de **(INDICAR MES**) de 2024, en (INDICAR CIUDAD), (INDICAR PAIS).

Lo anterior se hace necesario con la finalidad de resolver patologías de la especialidad y disminuir listas de espera.

Junto con lo anterior, me permito informar que en lo que respecta a las atenciones que el profesional realiza en el CRAAE, se tomaran las medidas para que este hecho no repercuta en dichas atenciones.

**Dra. Miriela Cabrera Morales**

Jefe de CRAAE

****

CHILLÁN, XX de XXXX de 2024

**Carta Distribución de Jornada**

Por medio de la presente, me permito dar mi respaldo como Jefe de CR Atención Ambulatoria de Especialidades a **XXXX XXXX XXXS**, RUT 16.155.XXX-0, médico cirujano de este hospital, para asistir al **“NOMBRE DEL CURSO”,** a realizarse con fecha del XX al XX de (INDICAR MES) de 2024, en **(INDICAR CIUDAD), (INDICAR PAIS).**

Junto con lo anterior, me permito informar que en lo que respecta a las atenciones que la profesional realiza en cirugía, se distribuirá de la siguiente manera:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRODUCCIÓN** | **CANTIDAD**  **HORAS SEMANALES** | **PROFESIONAL QUE TOMARA LAS ATENCIONES** | **OBSERVACIÓN** |
| Visitas Sala/Interconsultas |  | . |  |
| Intervenciones Quirúrgicas |  |
| Atención Ambulatorias/Procedimientos |  |
| Reunión clínica y otros |  |  |  |

Se extiende el presente documento para ser presentado en Servicio de Salud Ñuble.

**Dra. Miriela Cabrera Morales**

Jefe de CR. Atención Ambulatoria de Especialidades

|  |  |
| --- | --- |
| logo_gob  **Departamento Gestión de Personas**  **Comisiones de Servicio al Extranjero** |  |
| **FINANCIAMIENTO DE COMISIÓN DE SERVICIOS Y/O ESTUDIOS AL EXTRANJERO** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **:** | XXXXXXXXXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RUT** | **:** | 16.155.XXX-0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIVISIÓN** | **:** | . |
| **CARGO** | **:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIDAD DE TRABAJO** | **:** |  |

|  |
| --- |
| Comunico a usted que he sido autorizado(a) por mi jefatura, para asistir como invitado(a) a: **“INDICAR NOMBRE DEL CURSO”** a realizarse con fecha del XX al XX de (INDICAR MES) de 2024. |
| Que se realizará en: **(INDICAR CIUDAD Y PAIS)** |
| Considerando que para mí, como para ésta institución, es de suma importancia asistir a dicho evento, informo a usted que en forma personal y voluntaria financiaré gastos de; ESTADÍAS, VIÁTICOS Y PASAJES. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | **FIRMA FUNCIONARIO** | |
| Fecha: XX de XXXX de 2024 |  | |

Chillán, XX de XXXX de 2024

**CARTA**

**COVID -19**

XXXXXX, RUT: 16.155.XX-0, Médico (INDICAR ESPECIALIDAD) con funciones en la Servicio de XXX y CAE del Hospital Clínico Herminda Martín, declaro estar en conocimiento de las condiciones epidemiológicas y medidas sanitarias aplicadas en, CIUDAD Y PAIS DE DESTINO, donde ejerceré la Comisión de Estudio.

Además declaro que cumplo con lo dispuesto en la normativa relativa al procedimiento de Comisión de Servicio al Extranjero y disposiciones vigentes relacionadas con las comisiones de servicio en el marco de la Pandemia de COVID-19.

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

XXXXXX XXXXX XXXX

16.155.XXX-0

Médico (INDICAR ESPECIALIDAD)

Hospital Clínico Herminda Martín

**PROGRAMA DE AUSENTISMO**

**AISLAMIENTO OBLIGATORIO POST VIAJE AL EXTRANJERO**

Yo, XXXXX , RUT: 16.155.XXX-X , Médico (INDICAR ESPECIALIDAD) del Hospital Clínico Herminda Martín, manifiesta estar en conocimiento de la actual disposición vigente para retorno a Chile, para lo cual declara contar con resultado negativo de un test de PCR para SARS-CoV-2 con una antigüedad no mayor a 72 horas desde la toma de la muestra, hasta la hora de salida del último vuelo con destino final Chile. Estoy en conocimiento que a la llegada a Chile se requieren 5 días de aislamiento: 120 horas contadas desde el control de aduana sanitaria en el punto de ingreso al País, y que se podrá anticipar el término del aislamiento al obtener un resultado negativo del test de PCR realizado en Chile, en el aeropuerto de ingreso al país.

Se considera para el presente viaje que al momento de contar con el resultado de test PCR negativo, se realizará el retorno a las actividades en el Hospital Clínico Herminda Martín (se considera el fin de semana respectivo para esperar el resultado del PCR). En caso de necesidad de extender la cuarentena se tomarán los resguardos en la agenda profesional, reconvirtiendo funciones y potenciando otras atenciones para dar continuidad a la atención de los usuarios

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

XXXXX XXXXXX

16.155.XXX-0

Médico Cirujano

Hospital Clínico Herminda Martín