

**Unidad de Personal**

**Comision de Servicio al Extranjero**

**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: |
| Cargo: | | | Calidad Jurídica: | |
| Establecimiento: | | | Servicio: | |
| 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 2023-2026) | | | |
| 1 | Fortalecer la Estrategia de Atención Primaria de Salud, como eje articulador de los cuidados de promoción, prevención, reparación, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida, dotándola de mayor capacidad resolutiva para los cuidados de salud de las personas y sus comunidades. | |  |
| 2 | Avanzar a un sistema de salud resiliente, capaz de mantener la continuidad de cuidados de la población. Esto implica, lograr la reactivación de la red asistencial, con un modelo basado en la atención primaria de salud optimizado, que permita establecer tiempos de espera dignos para las personas con integración territorial, eficiencia y productividad de la red. | |  |
| 3 | Desarrollar plan de inversiones estratégico en salud, con enfoque de equidad territorial, de género y derechos humanos, donde la atención primaria se establezca como la principal estrategia para el cuidado de la población. | |  |
| 4 | Mejorar el acceso a medicamentos asegurando fármacos de calidad, y entrega de forma oportuna con protección financiera que resguarde la equidad en el acceso a las personas que habitan el territorio, superando las distintas barreras de acceso existentes, contribuyendo a la disminución del gasto de bolsillo en salud. | |  |
| 5 | Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud, sentando las bases para una reforma integral de la salud en Chile. | |  |
| 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 (S) Servicio de Salud** | NOMBRE | FIRMA |
| **Director Hospital Regional de Antofagasta** | NOMBRE | FIRMA |
| **Jefe CAE**  **(Suspensión de policlínico)** | NOMBRE | FIRMA |
| **Jefe Directo** | NOMBRE | FIRMA |
| **Interesado/a** | NOMBRE | FIRMA |