



**SUBDIRECCIÓN DE LAS PERSONAS**  
**DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN**

JRV/PBD/RGH/FNCH/DCHC/CRA/cra

**RESOLUCION EXENTA** 1487 /

**Talcahuano, 03 JUL 2024**

**VISTOS:**

1. Que se debe realizar el proceso de selección para el cupo en programa de especialización en farmacia clínica año 2024 para químicos farmacéuticos contratados por ley N°19.664 o ley N°15.076.
2. Ordinario C32 N°1843 del 26 de junio del 2024 dictado por Subsecretaría de Redes Asistenciales que otorga al Servicio de Salud Talcahuano un cupo de Farmacia Clínica.

**TENIENDO PRESENTE:**

1. La Ley N°18.575 que establece la Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado;
2. D.F.L N°1/2001 que Fija Texto Refundido, Coordinado Y Sistematizado De La Ley N°15.076.
3. Resolución N°06 de la Contraloría General de la República;
4. Ley N°19.664/2000 que Establece Normas Especiales Para Profesionales Funcionarios Que Indica De Los Servicios De Salud Y Modifica La Ley N°15.076.
5. Las facultades conferidas por el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N18469;
6. Decreto Supremo N°140 de 2004 que aprueba reglamento servicio de salud.
7. Decreto Afecto N°18 de 2023 de Nombramiento del Director del Servicio de Salud Talcahuano, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

**CONSIDERANDO:**

**1º** Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

**2º** Que, el artículo 43 de la Ley N°15.076 faculta a los Servicios de Salud para otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica.

**3º** Que, el Servicio de Salud considera relevante la adquisición de un conocimiento previo en la gestión de la Red Asistencial Pública antes de continuar con una especialización, es por ello que el presente concurso se dirige a quienes mantienen una relación con el Sistema de Salud Pública, por un lapso no inferior a dos años, tratándose de profesionales Químicos Farmacéuticos.

**4º** Que, la selección de los candidatos a las becas deberá efectuarse por el Servicio de Salud Talcahuano, mediante concurso Público de acuerdo con las presentes Bases de selección.

**5º** Que, teniendo presente los considerandos anteriores, el llamado a postulación a los programas de especialización puede realizarse por el Servicio de Salud Talcahuano directamente por el artículo 46° de la Ley 19.664.

**6º** Que, según ordinario dictado por Subsecretaría de Redes Asistenciales, C32 n°1843 del 26 de junio del 2024, otorga al Servicio de Salud Talcahuano un cupo de Farmacia Clínica

7º Que, en el ejercicio de la facultad entredicha, el Servicio de Salud Talcahuano, requiere convocar a los Químicos Farmacéuticos que se desempeñen en el Servicio de Salud o en la Atención Primaria de Salud dependiente, contratados bajo la Ley N°19.664 ó Ley N°15.076, para participar en el proceso de selección para acceder a un cupo de especialización en Farmacia Clínica año Académico 2024 y desempeñarse una vez finalizada su formación en uno de los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud Talcahuano.

8º Que, dicho proceso de selección debe regularse por Bases, las que deben ser aprobadas por la resolución respectiva.

9º Que, en atención a lo señalado en el numeral anterior y a las facultados de las que estoy investido, dicto lo siguiente:

## RESOLUCIÓN

1º **APRUÉBANSE** las Bases y sus Anexos, que regirán en el Proceso de Selección para acceder a cupo de programa de especialización año 2024, para Químicos Farmacéuticos contratados por la Ley N°19.664 ó Ley N°15.076. Concurso Local del Servicio de Salud Talcahuano, cuyo texto es el siguiente:

**“Bases Proceso de Selección para acceder a Cupo de Programa de Especialización año 2024, para Químicos Farmacéuticos contratados por Ley N° 19.664 ó Ley 15.076. Concurso local del Servicio de Salud Talcahuano”.**

### I.PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN A POSTULAR

El Servicio de Salud Talcahuano llama a postular al proceso de Selección para acceder a 1 cupo en programa de especialización año 2024 de Farmacia Clínica, para Químicos Farmacéuticos contratados por la Ley N° 19.664 ó Ley N°15.076, el cual se regirá por las presentes Bases, para el siguiente programa de formación:

Programa	Universidad	Duración Formación	Fecha de inicio	N° de Cupos
Farmacia Clínica	Universidad de Concepción	2 años 1er semestre e-learning	5 de Agosto	1

En esta ocasión la Universidad **no requerirá de habilitación para el ingreso** al programa de Especialización.

### II. CONFORMACIÓN DE BASES

Estas Bases se encuentran conformadas por los siguientes cuerpos o apartados normativos:

I.- BASES ADMINISTRATIVAS

II.- ANEXOS:

Anexo	Descripción
A	Cronograma
B	Caratula de Presentación de postulación
C	Formulario de Postulación
D	Patrocinio Del Servicio de Salud a postulante en la obtención de cupo
E	Detalle Documentación entregada
F	Declaración Jurada Simple
N°1	Identificación contrato actual y desempeño efectivo como Químico Farmacéutico
N°1.1	Desempeño anterior en Municipio (Ley N°19.378)
N°2.1	Sub rubro Atención Directa a Pacientes
N°2.2	Sub rubro Protocolos
N°2.3	Sub rubro Funciones Directivas o de Gestión

N°2.4	Sub rubro Participación
N°3	Perfeccionamiento y Educación Continua
N°3.1	Docencia Universitaria o Tutoría
N°3.2	Docencia Institucional o comunitaria
N°3.3	Docencia – Capacitación a Equipos de Salud
N°4	Trabajos Publicados
N°5	Propuesta de Retorno

### III. PLAZOS Y CONSULTAS

---

El Proceso de Selección se desarrollará en las etapas y plazos que se establecen en el Anexo A "Cronograma" de las presentes Bases.

Los antecedentes de los postulantes deben ser enviados al correo [carolinaruiz.acevedo@redsalud.gob.cl](mailto:carolinaruiz.acevedo@redsalud.gob.cl) hasta las 17:00 horas del día 10 de Julio de 2024. Los antecedentes deben ser presentados en un sólo archivo en PDF, seguido de los rubros de evaluación, señalados en las Bases.

Todas las fotocopias incluidas en la postulación deben estar debidamente legalizadas, con firma (en color azul) y timbre en cada una de sus hojas, ante ministro de Fe del Establecimiento al que pertenece, o Dirección del Servicio de Salud o Notario.

Una vez recibidas las postulaciones, no podrán realizarse modificaciones o incorporar nuevos antecedentes y/o documentos.

### IV. CONVOCATORIA Y PUBLICACIÓN DE LAS BASES

---

La convocatoria al proceso de selección se realiza por el Servicio de Salud Talcahuano, mediante la presente resolución exenta. Esta base se publicará a través del sitio web: <https://sstalcahuano.cl/formacion-de-especialistas-y-subespecialistas/> sin perjuicio de la adopción de otra medida de difusión que se estime conveniente y adecuada.

### V. REQUISITOS DE LOS PARTICIPANTES

---

Quiénes postulen a este proceso de selección deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser Químico Farmacéutico, contratado por la Ley 19.664, o Ley 15.076.
2. Tener contrato vigente ejerciendo funciones como Químico Farmacéutico en algún establecimiento de la Red Servicio de Salud Talcahuano, al momento de postular. (Patrocinio, Anexo D)
3. Haberse desempeñado previamente como Químico Farmacéutico, mediante Ley 19.664, Ley 19.378 o Ley 15.076, por un lapso no inferior a dos años (24 meses) al 31 de mayo del 2024.
4. No contar con una especialidad autofinanciada (programa regular o magíster y doctorado homologable a la especialidad) o una especialidad financiada por el Ministerio de Salud o por los Servicios de Salud.

### VI. CONTENIDO DE POSTULACIÓN

---

El Contenido de la carpeta de postulación deberá ser el siguiente:

1. Anexo C, Formulario de postulación, **(Requisito de Admisibilidad)**

2. Anexo D, Patrocinio del Hospital y/o establecimiento de la Red en la obtención de cupo de especialización, completado con nombre, timbre y firma del Director del Servicio de Salud y del Director del Hospital respectivo. **(Requisito de Admisibilidad)**
3. Fotocopia simple de la Cédula de Identidad (por ambos lados) o Certificado de permanencia definitiva en Chile si corresponde. **(Requisito de Admisibilidad)**
4. Certificado de Título o Título de Químico Farmacéutico extendido por la Universidad respectiva, original o fotocopia legalizada ante notario, o ante Ministro de Fe. **(Requisito de Admisibilidad)**
5. Anexo E, Detalle documentación entregada, que verifica lo entregado por el postulante y lo contenido en la carpeta, lo que es verificado por la comisión, de no coincidir la postulación podría ser declarada inadmisibles.
6. Anexo F, Declaración Jurada Simple, completado y firmado por el postulante
7. Anexo N°1, Identificación de contrato actual y desempeño efectivo como Químico Farmacéutico. **(Requisito de Admisibilidad)**
8. Relación de Servicio, firmada en la primera hoja, por el jefe de personal o quien cumpla sus funciones. **(Requisito de Admisibilidad)**
9. Hoja de Vida Funcionaria, firmada en la primera hoja, por el jefe de personal o quien cumpla sus funciones, **(Requisito de Admisibilidad)**
10. Anexo N°1.1, Desempeño en Municipio, Ley 19.378, en caso de presentar desempeño anterior bajo ese contrato, completar el anexo con fecha, timbre y firma del empleador, y adjuntar Certificado de desempeño en Atención Primaria, esto es, documento emitido por la Dirección de Atención Primaria Municipal o su equivalente que indique contratos, horas de contrato, período de contratación, inicio y término en formato día/mes/año, permisos sin goce de remuneraciones. El certificado debe venir firmado, con el cargo y timbre de autoridad pertinente, encargado de personal y/o entidad administradora de Salud Municipal.
11. Anexo N°2.1, Sub Rubro Atención Directa a pacientes, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
12. Anexo N°2.2, Sub Rubro Protocolos el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
13. Anexo N°2.3, Sub Rubro Funciones Directivas o de Gestión, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
14. Anexo N°2.4, Sub Rubro Participación, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
15. Anexo N°3, Perfeccionamiento y Educación Continua, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
16. Anexo N°3.1, Docencia Universitaria o Tutoría, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
17. Anexo N°3.2, Docencia Institucional o Comunitaria, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.
18. Anexo N°3.3, Docencia – Capacitación a Equipos de Salud, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.

19. Anexo N°4, Trabajos Publicados, el anexo debe ser completado por el postulante y deberá adjuntar los certificados que acrediten las actividades realizadas.

20. Anexo N°5, Propuesta de Retorno, debe ser completado y firmado por el postulante.

## VII. COMISIÓN DE SELECCIÓN

---

La Comisión de Selección deberá verificar la admisibilidad de cada una de las postulaciones, siguiendo las indicaciones señaladas en las presentes bases. El análisis y evaluación de las postulaciones y sus antecedentes estará a cargo de la Comisión de Selección integrada por:

- a. Referente Técnico Químico Farmacéutico (QF) a nivel de Servicio de Salud.
- b. Presidente del Capítulo de QF del Servicio de Salud o a quién este designe.
- c. Jefatura de Subdirección de Personas o a quién este designe.
- d. Jefatura de Depto. de Formación y Capacitación o a quién este designe.
- e. Profesional asesor o de Apoyo del Dpto. de Formación y Capacitación.

### Corresponderá a la Comisión:

1. Verificar la admisibilidad de las postulaciones en conformidad a lo señalado por las presentes bases.
2. Realizar el proceso de evaluación de las postulaciones y antecedentes, sólo respecto de aquellas postulaciones declaradas admisibles.
3. Confeccionar Actas, las que deberán contener, según corresponda:
  - a. Verificación de admisibilidad de las postulaciones.
  - b. Análisis y evaluación particular de cada una de las postulaciones admisibles.
  - c. Listado de todas las postulaciones recibidas, identificando la calificación de admisibilidad o inadmisibilidad de cada una de ellas.
4. Todo integrante deberá, ante todo, velar por la correcta imparcialidad de sus intervenciones y deberá declarar conflicto de interés respecto a la revisión de alguna postulación, lo que quedará en acta.

## VIII. RUBROS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

---

### A. Rubros a calificar en el proceso (Puntaje Máximo 100 puntos)

Se establecen los siguientes Rubros para la calificación y selección de las postulaciones, con sus respectivos puntajes.

N°	Rubros	Puntajes
1	Antigüedad en Establecimiento de la Red Asistencial	15
2	Desempeño	27
3	Perfeccionamiento y Educación Continua	15
4	Docencia - Capacitación	10
5	Trabajos Publicados	8
6	Propuesta de Retorno	25
		<b>100</b>

Se considerará para el cómputo de los plazos de antigüedad, y la realización de otras actividades acreditadas, desde el ingreso desempeñando funciones como Químico Farmacéutico hasta el 31 de mayo del 2024. No se contabilizará el tiempo en el cual el profesional funcionario hubiera hecho uso de permisos sin goce de remuneraciones, ni hubiera sido objeto de sanciones administrativas que impliquen suspensión de actividades.

**B. Desempate:**

En el caso de igualdad de puntaje total definitivo entre postulantes, se preferirá en primer lugar al puntaje obtenido en el rubro 1 (Antigüedad como Químico Farmacéutico). En caso de mantenerse el empate, se utilizarán los puntajes obtenidos en los rubros que siguen a continuación, en el orden de precedencia que se señala:

1. Rubro 2: Desempeño.
2. Rubro 6: Propuesta de Retorno.
3. Rubro 3: Perfeccionamiento y Educación Continua.
4. Rubro 4: Docencia - Capacitación.
5. Rubro 5: Trabajos Publicados.

Si persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión de Apelación.

**RUBRO 1: ANTIGÜEDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ASISTENCIAL** (Máximo 15 puntos)

En este Rubro se considerará la experiencia y desempeño en la red asistencial, como Químico Farmacéutico, bajo la Ley 19.664 o Ley 15.076 y mantener contrato vigente.

Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos para alcanzar el puntaje de un mes completo. Deberá adjuntar los respaldos administrativos correspondientes.

Deberá completar el Anexo 1, debidamente completado acompañando la Relación de Servicio o Certificado del Departamento de Salud Comunal. La información contenida en el referido formulario que no cuente con documentación de respaldo, no será considerada para el otorgamiento de puntaje.

**TABLA N° 1 JORNADA DE TRABAJO**

MESES	Ptje. 44 horas	Ptje. 33 horas	Ptje. 28 horas	Ptje. 22 horas	Ptje. 11 horas
24 a 35	5	3,75	3,18	2,5	1,25
36 a 47	10	7,5	6,36	5	2,5
48 a 108	15	11,25	9,55	7,5	3,75
109 a 119	10	7,5	6,36	5	2,5
120 a 131	6	4,5	3,82	3	1,5
132 o más	5	3,75	3,18	2,5	1,25

NOTA: El puntaje de la tabla N° 1 está desarrollada en función a jornada de 44 horas contratadas. En caso de ser inferior, el cálculo se realizará de forma proporcional a la jornada de trabajo contratada.

**1.1 DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, LEY 19.378.**

- i. El postulante para este rubro deberá presentar un certificado de antigüedad funcionaria debidamente firmado con el nombre, timbre y cargo del empleador, acompañado por el **Anexo N°1.1**
- ii. El certificado debe contener fecha de inicio y término, (en formato día/mes/año) jornada laboral, tiempo de permiso sin goce de remuneraciones.
- iii. **El tiempo de permiso sin goce de remuneraciones no se contabilizará para la asignación del puntaje correspondiente al tiempo de desempeño de que se trata.**
- iv. Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos dentro del mismo mes calendario, para alcanzar el puntaje de un mes completo.
- v. El puntaje será otorgado de acuerdo a lo contenido en la Tabla N°1 JORNADA DE TRABAJO.

## **RUBRO 2: DESEMPEÑO** (máximo 27 puntos)

Este rubro evalúa el desempeño de los profesionales Químicos Farmacéuticos en distintos subrubros, que tienen puntajes máximos en cada uno de ellos:

### **A) SUB RUBRO ATENCIÓN DIRECTA DE PACIENTES** (máximo 10 puntos):

Atención directa de pacientes, se evaluará con 1 punto por el cumplimiento de la realización efectuada, completar Anexo 2.1 y adjuntar la certificación por la jefatura correspondiente,

1. Intervenciones educativas programadas en farmacoterapia
2. Participación como interconsultor del equipo clínico ante requerimientos específicos de ajustes farmacológicos
3. Actividades de individualización de la farmacoterapia.
  - Por ejemplo, actividades esporádicas o de validación de terapias de pacientes, como parte del equipo clínico de atención al paciente.
4. Actividades de seguimiento farmacoterapéutico
  - Revisión de fichas y aportes de pesquisa de errores de medicación
  - Monitorización periódica con evaluación de resultados clínicos en los pacientes
  - Implementación de planes de atención farmacéutica a grupo de pacientes
5. Otras actividades de atención directa de pacientes o asesoramiento del equipo clínico relacionadas con el acercamiento a la Farmacia Clínica.

### **B) SUB RUBRO PROTOCOLOS** (máximo 9 puntos):

Son Reglas o conjunto de reglas a seguir para llevar a cabo una acción, porque está establecido o ha sido ordenado de ese modo. Solo se considerará la condición de autor de norma y no de revisor u otra. Se entiende como norma aquella que tiene aplicación a nivel de establecimiento de la Red asistencial, y debe ser certificada por el Director del Hospital y/o establecimiento en caso que corresponda.

Aquellos documentos que se apliquen, sean normas, guías o protocolos, a un solo establecimiento de salud, **puntuará como protocolo y se otorgará puntaje a cada documento aplicado.**

Se exigirá para la aprobación de la Norma (original o actualización) una resolución emitida por el establecimiento correspondiente, que avale la implementación de la misma.

Sólo se asignará puntaje al profesional que participe en calidad de autor o coautor de la norma, guía, protocolo o actualización, y que adjunte el documento completo y legalizar la portada por notario o ministro de fe, con la portada validada con las firmas y timbres de las autoridades correspondientes y la resolución o certificado según corresponda.

Si la norma, guía o protocolo tiene una relación específica con la farmacia clínica, tendrá una valoración especial (ej., farmacovigilancia, farmacoterapia, etc.)

Para la correcta evaluación de las normas o protocolos es necesario:

1. Completar Anexo 2.2
2. Adjuntar fotocopia de la norma o protocolo completo, visado en su portada por ministro de fe o notario.
3. Resolución de norma o protocolo. En caso de establecimientos dependientes de municipalidad, debe presentar certificado de norma o protocolo emitido por el Jefe Superior o autoridad de la institución involucrada, que especifique fecha de entrada en vigencia.
4. En caso de actualizaciones, debe adjuntar resolución o certificado de fecha de actualización de protocolo o norma.

### TABLA

ACTIVIDAD	PUNTAJE
Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Servicio de Salud o Comuna	1,5
Actualización de normas, guías o protocolos	0,5
Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Establecimiento	1
Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Servicio de Salud o Comuna, relacionada con farmacia clínica	3
Actualización de normas, guías o protocolos, relacionada con farmacia clínica	1
Normas, Guías o Protocolos con aplicación a nivel de Establecimiento, relacionada con farmacia clínica	2

#### **C) SUB RUBRO FUNCIONES DIRECTIVAS O DE GESTIÓN (Máximo 5 puntos)**

Se otorgará puntaje por haber ejercido funciones directivas en establecimientos dependientes del Servicio de Salud como en Establecimientos Municipales. Para lo cual deberá completar el Anexo N°2.3 indicando el reemplazo y la calidad de este (Jefe, Sub Jefe, Director, Subdirector, Encargado, Asesor de Programa, Asesor Técnico, Referente, etc.) periodo, establecimiento y adjuntando las resoluciones, certificados o decretos que lo respalden.

Es importante mencionar que la Dirección de los establecimientos de salud municipales sólo puede ser ejercida por funcionarios municipales, acorde a las disposiciones del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, de modo que no es factible otorgar puntaje por este concepto a los profesionales de la Ley 19.664. Se otorgará puntaje solamente por la dirección de consultorios administrados por los Servicios de Salud, lo que deberá explicitarse en los documentos respectivos.

**Se otorgará puntaje en base a 0,022 puntos por mes de ejercida la función directiva, ya sea fraccionada o continua, con tope de 5 puntos en el sub rubro.**

Cuando se sirva un período inferior a un mes, deberá certificarse el cumplimiento de al menos 15 días consecutivos para alcanzar el puntaje de un mes completo. Deberá adjuntar los respaldos administrativos correspondientes.

#### **D) SUB RUBRO PARTICIPACION (Máximo 3 puntos)**

Se considera la participación en comités éticos o de asesoramiento, para el que son citados, a fin de realizar tareas en su rol de expertos como Químicos Farmacéuticos para generar discusión en normativas, circulares, etc. Para ello deberá completar el Anexo N°2.4 y presentar las resoluciones de convocatoria, constitución del comité ó designación, como certificación de lo realizado.

Se otorgará 0,4 puntos por cada participación con tope de 3 puntos en el sub rubro.

#### **RUBRO 3: PERFECCIONAMIENTO Y EDUCACIÓN CONTINUA (máximo 15 puntos)**

En este Rubro se considerará toda actividad de perfeccionamiento y capacitación relacionada con el campo de Química y Farmacia, programada por Universidades, Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Servicios de Salud, instituciones públicas y Organismos Técnicos de Capacitación (OTEC), cualquiera sea el nombre de la actividad (Curso, Congreso, Jornada, Mesa Redonda, Seminario, Cursos Presenciales y a Distancia, etc.).



**Se otorgará:**

- **0,1 punto por hora pedagógica en áreas relacionadas con la Farmacia Clínica**
- **0,05 puntos por hora pedagógica en otras áreas asistenciales no relacionadas con la Farmacia Clínica**

Las horas a puntuar deben ser traducidas a hora pedagógicas si es que se expresan en horas cronológicas. La hora pedagógica (45 minutos) equivale a 0,75 horas cronológicas. Deberá completar el anexo N°3 y acompañar los documentos pertinentes.

i. Con respecto a la puntuación del rubro, se deben considerar los siguientes aspectos:

- El máximo a puntuar en este rubro son 300 horas pedagógicas.
- El mínimo a puntuar es de 20 horas pedagógicas.
- Los certificados que señalen días, se reducen a tres horas diarias si son a tiempo parcial y a seis horas diarias si son a tiempo completo. Si éstos no señalan el número de horas, se considerarán como tiempo parcial. En caso de que no se señale el tipo de horas, se considerarán como horas pedagógicas.

ii. Con respecto a la puntuación de la actividad:

- Se debe certificar la cantidad de horas de la capacitación o curso rendido.
- Debe certificar calidad de aprobado, con nota o concepto.

iii. Con respecto a la certificación o validación de los documentos, se puede realizar con alguna de las dos modalidades por actividad:

- Adjuntar reporte del sistema de información de recursos humanos (SIRH) firmado en cada una de sus páginas por jefe de capacitación del respectivo Servicio de Salud.
- Certificados de la actividad. Estos deben ser originales o legalizados ante notario o ministro de fe.

**RUBRO 4: DOCENCIA - CAPACITACION** (máximo 10 puntos)

Este rubro se refiere a la participación en actividades docentes, de capacitación o programas de desarrollo de Recursos Humanos de tipo universitario, institucional o comunitario, no remuneradas.

Las actividades docentes pueden ser:

- a. Docencia Universitaria y/o Tutoría: Profesor guía de alumnos de las carreras de la salud. Completar Anexo 3.1 y acompañar Certificado de la Universidad respectiva que identifique horas realizadas y periodo de inicio y término en formato dd/mm/aa.
- b. Docencia Institucional o comunitaria: Capacitación y/o adiestramiento de personal o la comunidad del establecimiento en ámbitos relacionados con la Química y Farmacia. Completar Anexo 3.2 y acompañar Certificado del Jefe de Capacitación de la institución que identifique horas realizadas y periodo de inicio y término en formato dd/mm/aa.
- c. Docencia o capacitación a Equipos de Salud: Educación en equipos de salud, respecto a Farmacia Clínica, por ejemplo, optimización de la farmacoterapia. Completar Anexo 3.3 y acompañar Certificado del Jefe de Capacitación de la institución que identifique horas realizadas y periodo de inicio y término en formato dd/mm/aa.

No se considerarán actividades docentes la asistencia a reuniones clínicas ni bibliográficas, como tampoco las actividades de difusión radial u otros medios masivos.

Este rubro se contabiliza por cada actividad. Se considera actividad todo aquel trabajo docente independiente de otro y que cumpla con un mínimo de 4 horas cronológicas en 1 mes.

Las actividades periódicas de más de 1 mes de duración puntúan como una actividad por cada mes que tenga a lo menos 4 horas cronológicas. En caso de actividades de menos de 4 horas mensuales, pueden ser sumadas a otras del mismo tipo que se desarrollen en el mismo periodo, hasta completar el mínimo requerido.

**Puntaje a otorgar:**

**0,1 puntos/mes/actividad en docencia universitaria**

**0,2 puntos/mes/actividad en docencia institucional o comunitaria**

**0,3 puntos/mes/actividad en docencia o capacitación en equipos de salud**

Se asignará puntaje según el periodo efectivamente realizado independiente del número de alumnos y su procedencia, dentro del establecimiento donde se realizó la docencia, o bien a través de plataformas institucionales.

**RUBRO 5: TRABAJOS PUBLICADOS** (máximo 8 puntos)

Se considera en este rubro las publicaciones presentadas en Congresos o Revistas relacionadas con el campo de Química y Farmacia, Medicina, Epidemiología y con temáticas acorde (**No pregrado**). Completar Anexo 4. **Sólo se considerarán los trabajos publicados de los últimos 5 años anteriores al 31 de mayo del 2024.**

El postulante deberá tener calidad de autor o co-autor del trabajo. No se considera al colaborador, participante, encuestador u otro. Se contabilizará hasta el 2º autor, en orden de aparición en la lista de autores de la publicación o resumen o programa. Se bonificará los trabajos que obtengan **primer lugar en congresos acreditados con el doble de puntaje**, presentando el certificado correspondiente emitido por la organización del congreso. No se consideran válidos trabajos presentados en Jornadas Internas del establecimiento que no cuenten con el auspicio del Servicio de Salud, como tampoco participación en la redacción de libros. En el caso de investigaciones presentadas en más de una oportunidad, cuyo contenido sea en esencia similar, aunque el trabajo sea redactado de distinta manera, sólo se considerará la presentación que otorgue mayor puntaje. No se otorgará puntaje a los trabajos publicados después de la fecha estipulada de corte de este concurso (es decir, 31 de mayo del 2024).

**Se debe adjuntar para la puntuación de este rubro:**

- Trabajo publicado en Revista con Comité Editorial digital o impreso:
  - Copia legalizada ante notario o ministro de fe de portada de la revista.
  - Copia legalizada ante notario o ministro de fe del trabajo publicado.

En caso de no poseer copia legalizada de los documentos anteriores, se aceptará medio de verificación mediante un QR válido (se entiende como QR válido aquel que sea otorgado por la propia institución organizadora, además este código debe estar vigente al momento de la revisión. Será responsabilidad del postulante, verificar que esta condición se cumpla durante todo el proceso del concurso)

- Trabajo presentado en Congreso con libro resumen, digital o impreso:
  - Copia legalizada ante notario o ministro de fe de la portada del libro resumen.
  - Copia legalizada ante notario o ministro de fe del trabajo publicado en el libro resumen del congreso.
  - Certificado de autoría original o copia legalizada ante notario o ministro de fe. (otorgado por el comité organizador)  
En caso de no poseer copia legalizada de los documentos anteriores, se aceptará medio de verificación mediante un QR válido (se entiende como QR válido aquel que sea otorgado por la propia institución organizadora, además este código debe estar vigente al momento de la revisión. Será responsabilidad del postulante, verificar que esta condición se cumpla durante todo el proceso del concurso)
- Trabajo presentado en Congreso sin libro resumen:
  - Copia legalizada ante notario o ministro de fe, del trabajo.
  - Se debe adjuntar un certificado del comité organizador que acredite que el congreso no cuenta con libro resumen.
  - Certificado de autoría original o copia legalizada ante notario o ministro de fe.

TIPO DE TRABAJO	PUNTOS
Trabajo publicado en revistas impresas o electrónicas con Comité Editorial.	2,00
Trabajo presentado en Congreso o Jornada y publicado en libro de resúmenes impreso o digital.	1,00

**RUBRO 6: PROPUESTA DE RETORNO** (máximo 25 puntos)

El postulante deberá completar el anexo N°5 y responder cada uno de los puntos, y firmar el documento. Cada ítem tiene 5 puntos.

**IX. APELACIÓN.**

La apelación, debe ser fundada y enviada por el postulante de la misma manera que realizó la postulación, según los plazos establecidos en el cronograma.

La apelación que no sea fundada en antecedentes presentados al proceso de selección, y de acuerdo con las normas que lo rigen, serán desestimadas de plano. En estas Etapas sólo se aceptarán documentos aclaratorios de antecedentes presentados previamente. **No se considera información nueva.**

El recurso de apelación lo resolverá la misma Comisión de Selección. Podrá pronunciarse respecto de cualquier error u omisión no detectada en el proceso de asignación de puntaje, respecto de las reclamaciones que lleguen a la Comisión de Apelación, derivadas de la comisión de Reposición.

**X. ADJUDICACIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**

Una vez elaborado el listado con los puntajes definitivos se procederá al ofrecimiento de un cupo de especialización en Farmacia Clínica, este cupo será informado vía telefónica y/o correo electrónico y publicado en la fecha establecida en el Cronograma Anexo A.

Los programas de especialización deberán asumirse en la fecha que estipulen las respectivas Escuelas de Postgrado y acorde a las normas internas contenidas en sus reglamentos. No se aceptarán postergaciones en su inicio.

Para todo lo no previsto en las presentes bases regirá lo establecido en la Ley N° 19.664 y sus respectivos reglamentos.

**XI.- ANEXOS**

<b>ANEXO A CRONOGRAMA</b>
-------------------------------

**CRONOGRAMA PROCESO DE SELECCIÓN  
PARA QUIMICOS FARMACÉUTICOS  
INGRESO AÑO 2024**

<b>DETALLE</b>	<b>FECHA</b>
Publicación Aviso	03-07-2024
Recepción de antecedentes (hasta las 17:00 horas. del ultimo día )	10-07-2024
Comisión Revisora de Antecedentes	11 al 12-07-2024
Publicación de Puntajes en la página Web	12-07-2024
Recepción de Apelaciones (hasta las 17:00 horas del último día)	15 al 17-07-2024
Comisión de Apelación	18 al 19-07-2024
Publicación de Puntajes Definitivos	24-07-2024

**ANEXO B  
CARÁTULA DE PRESENTACIÓN DE POSTULACIÓN**

**PROCESO DE SELECCIÓN PARA ACCEDER A CUPOS EN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN AÑO 2024 PARA QUÍMICOS FARMACÉUTICOS CON DESEMPEÑO EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO CONTRATADOS BAJO LA LEY N° 19.664 O LEY N° 15.076.**

<b>IDENTIFICACION PERSONAL (escribir con letra imprenta)</b>		
<b>Establecimiento</b>		
<b>LEY DE CONTRATACION</b>	<b>Art. 9 - 19.664</b>	<b>15.076</b>
<b>(marque con una X la que corresponda)</b>		
<b>Apellido Paterno</b>		
<b>Apellido Materno</b>		
<b>Nombres</b>		
<b>Cedula de Identidad</b>		
<b>Dirección Particular</b>		
<b>Comuna</b>		
<b>Región</b>		
<b>Universidad de titulación</b>		
<b>Año de titulación</b>		
<b>Teléfono</b>		
<b>Correo electrónico</b>		
<b>Nacionalidad</b>		

**ANEXO C**  
**FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL ACCESO A CUPO DE ESPECIALIZACIÓN EN FARMACIA CLINICA PARA CONCURSO QUIMICOS FARMACÉUTICOS 2024**

IDENTIFICACIÓN DE DESEMPEÑO: (escribir con letra imprenta)				
Establecimiento de Desempeño				
Contrato vigente (indicar con una "X" la Ley que rige su contrato)	Art. 9		15.076	
	19.664			

IDENTIFICACIÓN PERSONAL (escribir con letra imprenta)	
Nombre Completo	
Cédula de Identidad	
Dirección Particular	
Teléfono de Contacto	
Correo electrónico	
Universidad Egreso	
Año de titulación	

**DECLARO CONOCER LAS PRESENTES BASES Y ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL CONCURSO, PARA LO CUAL FIRMO**

.....

**FIRMA DEL POSTULANTE**

**ANEXO D**  
**PATROCINIO DE HOSPITAL A POSTULANTE EN LA OBTENCIÓN DE CUPO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN FARMACIA CLINICA PARA CONCURSO QUIMICOS FARMACEUTICOS 2024**

El Director de Hospital ..... patrocina la participación del/de la profesional Sr./Sra./Srta. ....Rut:.....a Cupo de especialización en Farmacia Clínica para concurso de Químicos Farmacéuticos 2024.

Además, el Hospital.....asegura contratación al ingreso de la Formación y dictar la Comisión de Estudios correspondiente, así mismo el desarrollo de las actividades como especialista a su retorno.

.....

**NOMBRE DIRECTOR/A**  
**DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO**

Fecha de emisión:

**ANEXO E**

**DETALLE DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

**I. Identificación**

NOMBRE	
RUT	
ESTABLECIMIENTO	

**II. Detalle de documentación entregada**

ÍTEM	N° ORDEN	DOCUMENTACIÓN	N° DE HOJAS
<b>ADMISIBILIDAD</b>	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
<b>RUBRO 1:</b>	10		
<b>RUBRO 2:</b>	11		
<b>RUBRO 3:</b>	12		
<b>RUBRO 4:</b>	13		
	14		
	15		
<b>RUBRO 5:</b>	16		

---

FIRMA DEL POSTULANTE



**ANEXO F**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

Yo \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_,

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Tener salud compatible con el cargo, artículo 12 letra c) del Estatuto Administrativo.
- No estar sometido a Investigación y/o Sumario Administrativo o haber sido destituido de algún cargo de la administración del Estado, como consecuencia de calificación deficiente o medida disciplinaria, en los últimos cinco años, artículo 12 letra e) del Estatuto Administrativo.
- No estar inhabilitado para el ejercicio de funciones o cargos públicos, no hallarme condenado por crimen o simple delito, artículo 12 letra f) del Estatuto Administrativo
- No estar afecto a las inhabilidades señaladas en el artículo 54 del DFL N°1/19.653 de 2000 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- No encontrarse inhabilitado para postular, ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración de Estado por incumpliendo a obligaciones docentes y administrativas relativas a beca de formación en la especialidad o en incumplimiento al Periodo Asistencial Obligatorio.
- No encontrarse siendo parte de, o haber obtenido, una especialidad o un programa de Magíster reconocido como tal.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**ANEXO Nº 1**  
**IDENTIFICACIÓN DE CONTRATO ACTUAL Y DESEMPEÑO EFECTIVO**  
**COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**

El Jefe de Gestión de Personas .....  
 certifica que Don/ña .....  
 C.I..... se encuentra contratado (a) en las condiciones establecidas en:

Ley		Jornada (44-22/28 Hrs.)	Desde	Hasta
19.664				
15.076				

Además, certifico que el/la profesional respecto a Permisos sin Goce de remuneraciones (Marcar con X):

No Presenta

Si presenta, en el siguiente periodo:

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

Fecha de inicio...../...../..... Fecha de término...../...../..... Nº total de días .....

\_\_\_\_\_  
**Cargo y Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Timbre**

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

En los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio.

**ANEXO 1.1**

**DESEMPEÑO ANTERIOR EN MUNICIPIO (LEY N° 19.378)**

Ilustre Municipalidad de				
Nombre del Establecimiento				
Nombre del Director de Salud Comunal				
Nombre del Postulante				
Cedula Identidad				
Fecha Inicio contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)				
Fecha Término Contrato Ley N° 19.378 (dd/mm/aa)				
Antigüedad en la APS	Años:	Meses:	Días:	
Jornada laboral (marcar con "X" lo que corresponda) los casos en que el profesional se haya desempeñado con distintas jornadas, señalar los períodos servidos y la jornada contratada en cada período. Adjuntar relación de servicio	11 horas	22 horas	33 horas	44 horas
	Fecha Inicio	Fecha Inicio	Fecha Inicio	Fecha Inicio
	F. Término	F. Término	F. Término	F. Término
Certifico que el profesional cuenta con Permiso sin goce de remuneraciones en el periodo (llenar si corresponde)	Fecha Inicio	Fecha Termino	N° total de días	
Fecha, nombre, timbre y firma Director de Salud Comunal				

**Nota: se deben llenar tantos certificados como empleadores tenga el postulante, los que se deben acompañar con los respaldos correspondientes, sean en original o en fotocopia legalizada ante notario.**

**ANEXO N° 2.1**  
**SUB RUBRO ATENCION DIRECTA A PACIENTES**

NOMBRE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Servicio de Salud	Establecimiento	Actividad	Cargo de quien certifica	Nombre de quien certifica
			-	

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por las certificaciones correspondientes**



**ANEXO Nº 2.3**  
**SUB RUBRO FUNCIONES DIRECTIVAS O DE GESTIÓN**

FECHA:

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL POSTULANTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes**







**ANEXO Nº 3.1**  
**DOCENCIA UNIVERSITARIA O TUTORÍA**

NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA 

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA 

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA 

Universitaria	<input type="checkbox"/>	Tutoría	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**

**ANEXO Nº 3.2**  
**DOCENCIA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA**

NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda

TIPO DE 

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE 

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE 

Institucional	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**

**ANEXO Nº 3.3**  
**DOCENCIA – CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD**

NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ marcar con una X la casilla que corresponda

TIPO DE 

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE 

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

TIPO DE 

Docencia	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------	--------------------------

 DOCENCIA

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_ horas Cronológicas por mes \_\_\_\_\_

**Todo lo expuesto debe ser acompañado por los antecedentes correspondientes. Debe completar tantos anexos como sean necesarios**



**ANEXO Nº 5  
PROPUESTA DE RETORNO**

**NOMBRE DEL POSTULANTE** \_\_\_\_\_

**RUT** \_\_\_\_\_

1.- Especifique las principales funciones que cumple hoy en su establecimiento, unidad, servicio o puesto de trabajo y que se relacione directamente con el programa al cual postula:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

2.- Al término de la actividad, ¿qué aprendizajes personales y profesionales espera obtener que le permita transformar las prácticas cotidianas y su visión sobre la atención de salud proporcionada? (impacto esperado)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.- Señale los desempeños en su puesto de trabajo que darán cuenta de la aplicación de lo aprendido durante el programa, curso u otro.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- Indique su experiencia en la atención de pacientes, si la tiene.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- Presentación libre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
**FIRMA DEL POSTULANTE**

**2° LLÁMASE** a “Proceso de Selección para acceder a cupo en programa de especialización en Farmacia Clínica año 2024, para Químicos Farmacéuticos contratados por la Ley N° 19.664 ó Ley N° 15.076. Concurso Local Servicio de Salud Talcahuano”.

**3° PUBLÍQUESE** un extracto de esta resolución a través del sitio web del Servicio de Salud Talcahuano.

### **ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

Rex. Int. N° 83 /03.07.2024

#### **DISTRIBUCIÓN**

- Hospital Las Higueras
- Hospital Penco-Lirquén
- Hospital Tomé
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Subdirección de las Personas
- Dpto. Jurídico SS Talcahuano
- Dpto. Formación y Capacitación.
- Oficina de Partes.