



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL SET DE FORMULARIOS DEL POSTULANTE PARA  
EL PROGRAMA DE INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACIÓN Y  
PERFECCIONAMIENTO DE FUNCIONARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA  
(Uso exclusivo del Postulante)  
Proceso 2025**

**CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD PARA LA POSTULACIÓN:**

- Es importante destacar que para postular a este programa 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 mínima de dos años continuos en los establecimientos reconocidos por la ley mencionada.
- Los funcionarios que han realizado pasantías internacionales de este Programa, durante los ultimo seis años **no pueden volver a postular ni participar de estas** (a excepción de la versión del año 2021).
- Según la letra e) del Artículo VII° de la Resolución que Aprueba las Normas Bases de Postulación y Selección para cupos del Programa de Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento para funcionarias y Funcionarios de APS, será considerado como condición indispensable para participar en el proceso de selección del mismo, la presentación de un certificado de salud otorgado por médico tratante (si corresponde) que acredite la condición de salud compatible con la realización de la actividad de capacitación a que postula y con los traslados que ella conlleva, de acuerdo con lo establecido en los formularios de postulación.
- No deben formar parte de las Comisiones de Evaluación Local, quienes postulan a estas pasantías.

Requisitos:

- Contar con el patrocinio del respectivo empleador, entendiéndose por tal su formal e irrevocable compromiso de: i) mantener el cargo y la remuneración al funcionario durante todo el período que dure el perfeccionamiento, otorgando las facilidades para el retorno del funcionario a sus funciones y en el caso de que la llegada a Chile sea en día hábil considerar la incorporación a sus funciones al día hábil siguiente a la llegada al país. ii) arbitrar las medidas ordenadas a mantener el debido nivel de atención a los usuarios durante su ausencia; y iii) 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 del plan de mejorías o proyectos de gestión local, que, como resultado de su perfeccionamiento, le propongan los pasantes a su retorno.
- En ningún caso el patrocinio otorgado será obstáculo para hacer efectiva la destitución del funcionario conforme a las normas del Estatuto Administrativo para funcionarios municipales.
- No haber sido sancionado con alguna medida disciplinaria a través de sumario administrativo conforme a la Ley N° 18.883, que aprueba el Estatuto para Funcionarios Municipales dentro del plazo de 5 años anteriores al momento de la postulación.
- Una vez seleccionado el (la) postulante, deberá completar una ficha de estado de salud, de forma que puedan tomarse recaudos para abordar, informadamente, las contingencias.
- Cumplir con los requisitos sanitarios del país de destino. Lo anterior se lleva a cabo mediante 1

la presentación de vacunas, certificados, exámenes, etc., de acuerdo con la realidad sanitaria del momento en dicho país de acogida.

- Adherir la normativa de la o las aerolíneas de traslado, ida y vuelta al lugar de la estancia formativa, de las beneficiarias que se encuentren embarazadas. Se considerará el pronunciamiento de la División Jurídica del MINSAL respecto a menores y cuyo detalle se encuentra en el Memorándum A 15 N° 3170 del 01.10.2019.
- Acreditar, mediante Certificado de Antecedentes otorgado por el Registro Civil no hallarse condenado por crimen o simple delito, **y acompañar declaración jurada simple**, en la que manifieste que no existe orden judicial de arraigo vigente en su contra, dictado por un proceso penal pendiente (se deben presentar ambos documentos).
- No haber participado en los tres años anteriores a la fecha del llamado a concurso en diplomados, pasantías ajenas a estas y que hayan: i) sido financiados con fondos públicos; y ii) versado sobre materias que tengan relación con las que serán tratadas en el Programa. Ambas condiciones serán copulativas.
- Poseer un certificado de patrocinio del representante legal de la Municipalidad o Corporación Municipal, según corresponda.
- Contar con calificación obtenida por desempeño efectivo, entendido como un periodo mínimo de 6 meses en el cargo ya sea de forma continua o discontinua, evaluada por la comisión de calificación comunal dentro del periodo de postulación vigente. Se exceptúa de lo anterior, lo siguiente: 1.- No podrá excluirse por licencias de maternidad/paternidad o accidentes laborales, ya que son periodos protegidos por ley (Art. 197 Código del Trabajo y Art. 66 Estatuto APS). 2.- Podrán postular aquellos funcionarios que no hayan sido evaluados por ser miembros titulares o suplentes de la Comisión de Calificación correspondiente al proceso.

#### **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 y legible, en especial los datos personales de contacto (celular, correo electrónico), ya que si son seleccionados serán contactados por alguno de esos medios.
- Las dudas sobre el llenado de los formularios y/o sobre los documentos a presentar, debe realizarlas al referente de capacitación de su respectivo Servicio de Salud.

#### **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.
- 1.7 Certificado de salud compatible con pasantías, otorgado por médico tratante (si corresponde). (Formulario 4).
- 1.8 Certificados de las actividades de capacitación realizadas en los últimos tres años.
- 1.9 Constancia de participación en instancias internas y externas no relacionadas directamente con el desempeño profesional o laboral.

## II. FUNDAMENTO PARA POSTULAR AL PROGRAMA DE INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO PARA FUNCIONARIOS 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, los 4 cursos para Profesionales y 4 cursos para Técnicos, Administrativos y Auxiliares de Pasantías en que desearía participar, para luego, de acuerdo con el 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, otorgando las facilidades para el retorno del funcionario a sus funciones y en el caso de que la llegada a Chile sea día hábil considerar la incorporación a sus funciones al día hábil siguiente a la llegada al país.
- 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 mejoras 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 médico tratante (si corresponde en caso de patología crónica), que certifique que el postulante se encuentra en buenas condiciones de salud física y psíquica para desarrollar cualquiera de las estancias formativas 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 con 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 **2022, 2023 y 2024**.

En esta categoría se considerarán Jornadas de Atención Primaria, Jornadas de Medicina Familiar, 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 **2022, 2023 y 2024**.





**(30) Situación Contractual**  
**Fecha nombramiento bajo el Estatuto de Atención Primaria, Ley N°19.378**

---

**Tipo de Contrato:**

Plazo Indefinido: \_\_\_\_\_ Plazo Fijo: \_\_\_\_\_

<b>(30) Adjunta Decreto o Resolución de Nombramiento:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
---	-----------	-----------

**(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)				

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.)				

**(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 INICIATIVAS EXTRAORDINARIAS DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO APS**

RUT del Postulante: \_\_\_\_\_

**Fundamentos de la Postulación al Programa de Pasantías 2025**

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 más con alguna de las estancias formativas, no significa necesariamente que usted quedará seleccionado en la misma. **Usted postula al programa, no a una estancia específica.**)

---

---

---

---

---

**2 A CENTRO FORMADOR AL QUE SE POSTULA, Programa Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento para los Profesionales de la Atención Primaria Municipal de Salud.**

Marque en forma decreciente (de 1 a 4) su elección de centro formador al que prefiere postular. **Debe llenar todos los cuadros** indicando en el número 1 su curso y lugar de mayor preferencia.

Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, participación comunitaria e intersectorialidad. (BRASIL)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, participación comunitaria e intersectorialidad. (COSTA RICA)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, sistema de salud como determinante social de la salud. (BRASIL)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, sistema de salud como determinante social de la salud. (COSTA RICA)	

**2 B CENTRO FORMADOR AL QUE SE POSTULA, Programa Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento para los Técnicos, Administrativos y Auxiliares de la Atención Primaria Municipal de Salud.**

Marque en forma decreciente (de 1 a 4) su elección de centro formador al que prefiere postular. **Debe llenar todos los cuadros** indicando en el número 1 su curso y lugar de mayor preferencia.

Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, participación comunitaria e intersectorialidad. (BRASIL)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, participación comunitaria e intersectorialidad. (COSTA RICA)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, sistema de salud como determinante social de la salud. (BRASIL)	
Curso en Modelo de atención con énfasis en gestión comunitaria y promoción de la salud, sistema de salud como determinante social de la salud. (COSTA RICA)	

**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 VII°, letra c), numerales 1, 2 y 3 del documento que Aprueba las Normas Bases de Postulación y Selección para el desarrollo del Programa de Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento APS.

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

**3B Compromiso de Apoyo**

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

<p><b>Nombre Empleador:</b> _____</p> <p><b>Cargo Empleador :</b> _____</p> <p><b>Establecimiento :</b> _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma</b></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.  
(Se debe completar toda la información solicitada con letra clara y legible).**

<b>Nombre del Postulante:</b>	
<b>Rut:</b>	
<p>Por el presente documento se certifica que el postulante al Programa de Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento de Salud Familiar en su versión 2025, se encuentra en buenas condiciones de salud tanto física como psíquica 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>	
<b>Nombre del Médico que certifica:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>RUT:</b>	<b>N° de registro SIS:</b>
<b>Firma:</b>	
<b>Fecha:</b>	

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 (2022, 2023 y 2024) en las áreas que se señalan en el ítem V del instructivo. (Se deben adjuntar certificados correspondientes).

Nombre Curso	Horas	Institución	Año

