



DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

DNERHS N° 842/2018

Asunción, 22 de mayo de 2018

Señor

Prof. Abog. Simón Benítez Ortiz, Rector
Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo
PRESENTE

Me dirijo a Usted y por su intermedio a quien corresponda, en el marco del Convenio Interinstitucional entre la Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo y el MSPyBS, firmado en fecha 1° de agosto del 2017, que incluye la carrera de Enfermería, de la Sede Villarrica

En tal sentido, desde esta Dirección se solicita tenga a bien presentar los siguientes documentos, que se detalla a continuación:

- Documentos de avances de las carreras y sedes del proceso de evaluación diagnóstica y/o acreditación, ante la ANEAES
- Informe sobre los avances del proceso de habilitación ante el CONES
- Nómina actualizada de los docentes en el formato y presentar los documentos (copia simple del título de grado, postgrado en didáctica universitaria y registro profesional), en caso que corresponda, de los nuevos docentes que se incorporan al plantel. Se adjunta el modelo
- Documento actualizado de los aranceles (matrícula y cuota) a partir de la vigencia del Convenio, 1° de agosto de 2017
- Listado de estudiantes en el formato para prácticas, en el formato, correspondiente al año 2017, a partir del 1° de agosto de 2017. Se adjunta el modelo
- Listado sobre el conocimiento y aceptación de los estudiantes de los términos del Convenio, a partir de la vigencia del Convenio 1° de agosto, en el formato. Se adjunta el modelo
- Informe actualizado sobre la cantidad de estudiantes que ingresaron y egresaron hasta el 2017, de los últimos 5 años, en el formato. Se adjunta el modelo

• Informe de Gestión


Enfermería-Villarrica

De los meses de abril y mayo de 2018

El último informe (mayo a julio de 2018) deberá presentarse a DNERHS antes del vencimiento del Convenio, 1° de agosto de 2018

- Actualización del referente de la Institución ante el MSPyBS para las gestiones del Convenio, en el formato Anexo I. Se adjunta el modelo

Vale aclarar que todos los documentos deberán presentarse foliados, con la firma, aclaración y sello institucional.


Lic. Griselda Mendoza


Dra. Silvia Brizuela
Directora Nacional
DNERHS



"SESQUICENTENARIO DE LA EPOPEYA NACIONAL: 1864 - 1870"

DIRECCIÓN NACIONAL ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Por todo lo expuesto, se solicita la presentación de los documentos, a más tardar para el 4 de junio del cte., a los efectos de realizar la verificación de los mismos en tiempo y forma.

Sin otro particular, me despido de Ud., no sin antes enviarle mis más cordiales saludos.

Lic. Griselda Mendoza
Encargada Interina
Dirección de Gestión de la Educación
DNERHS

V° B°

Dra. Silvia Brizuela
Directora Nacional
DNERHS

Dra. Silvia Brizuela
Directora Nacional
DNERHS



**CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE
EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL Y
LAS INSTITUCIONES FORMADORAS EN MATERIA DE
REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES
ASISTENCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MSPyBS.**

REQUISITOS

A los efectos de tramitar la firma del Convenio, en materia de Regulación de las Actividades Docentes Asistenciales en los Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se requiere presentar la siguiente documentación acompañados de una nota dirigida al Director/a de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud.
Entregar por Mesa de Entrada en la Secretaría de la Dirección, sito en Pettirossi y Constitución 4to. Piso.

1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN FORMADORA
1.1 Sedes o Filiales objeto del convenio
1.2 Direcciones
1.3 Teléfonos:
1.4 Email de la Institución Formadora y sus filiales
1.5 *Copia autenticada de la Ley de Creación de la Universidad o Instituto Superior (Ley No. xxx / Año)
1.6 *Copia autenticada de la Resolución del Consejo de la Universidad, de creación de las Carreras y Sedes en el área de la Salud (Resolución
2. DATOS DE AUTORIDADES DE LA INSTITUCIÓN FORMADORA
2.1 Rector/a o Director/a General
a. Nombre y apellido:
b. Profesión:
c. Nivel académico:
d. *Fotocopia de: C.I., Título de grado y post grado:
e. Email:
f. Teléfono:
2.2 Decano/a y/o Coordinadores de cada carrera
a. Nombre y apellido:
b. Profesión:
c. Nivel académico:
d. *Fotocopia de: C.I., Título de grado y post grado
e. Email:
f. Teléfono:
3. DOCUMENTOS DE RESPALDO ACADÉMICO
3.1. Habilitación legal correspondiente
3.2 *Copia del Certificado de inicio del proceso de Acreditación de la Entidad pertinente (ANEAES) para las carreras que cuentan con Modelo
3.3 *Copia del proceso de Evaluación Diagnóstica de la Entidad pertinente para las carreras que aún no cuentan con egresados.
3.4 *Copia del Plan de implementación de las mejoras o modificaciones indicadas en la Evaluación Diagnóstica.



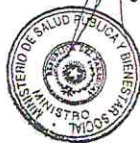
3.5 Carreras objeto del Convenio
a. *Copia del Plan y/o Malla Curricular de cada una de las carreras: Carga horaria Teórica y Práctica.
b. Plantel Docente: Registro profesional de los docentes (si corresponde al área de salud) Título de Grado, Título o certificado de Posgrados en Didáctica Universitaria. Se adjunta el Formato. Especificar los docentes por Sede (<i>Planilla de Docentes</i>).
c. Planilla de Costo de la matrícula y cuotas por curso y carrera
3.5 Lista de estudiantes para las prácticas. Especificar la carrera, Sede, curso, materia, campo de práctica y tutor por cada grupo de estudiantes (<i>Planilla de Estudiantes</i>).
3.6 Cantidad total de ingresos (cantidad de estudiantes del 1º año) y egresos por carrera, por cada año, de los últimos 5 años (<i>Planilla de Datos Profesiones de Salud</i>). Se adjunta el Formato. Especificar por Sede.

* **Observaciones:** Todas las copias deberán estar autenticadas por Escribanía Pública. Para mayores informes contactar con el Equipo Técnico de la **DNERHS** a los teléfonos 021-207561

REQUISITOS PARA LA RENOVACIÓN

Presentar los **Informes de Gestión** cada tres meses a la DNERHS mientras esté vigente el Convenio con los siguientes datos.

1. **Listado de alumnos que realizan las prácticas**, con sus respectivos tutores, por cada campo de práctica. Especificar la duración que tendrán las prácticas (meses).
2. **Informe sobre aportes** realizados en ese período.
3. **Avances de las gestiones ante la ANEAS.**



Logo de la Institución Formadora

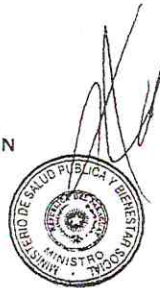
Planilla de Estudiantes que realizarán las prácticas en el marco del Convenio entre la Institución Formadora..... y el MSPyBS

Carrera:	Curso o semestre:
Matéria:	
Sede:	
Periodo de práctica: (especificar tiempo): desde.....hasta.....	
Días de prácticas: desde.....hasta.....	
Horarios de prácticas: desde.....hasta.....	
Nombre del Tutor:	
Campo de Práctica (Hospital, USF, etc.):	

Nombre y Apellido completo	Nº Cédula de Identidad

- De producirse cualquier cambio en los datos consignados más arriba, **deberá ser comunicado dentro de las 48 hs.** de haberse producido el mismo, a fin de que la DNERHS evalúe la pertinencia de la modificación presentada.
- Ratifico que toda la información arriba descripta se presenta en carácter de Declaración Jurada.

FIRMA
ACLARACIÓN
SELLO



Logo de la Institución Formadora

**Conocimiento y aceptación de los estudiantes de los Términos del
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Institución
Formadora..... y el MSPyBS**

Carrera:
Sede:
Campo de Práctica (Hospital, USF, etc.):

Los abajo firmantes, luego de haber recibido una copia del Convenio, declaramos conocer y aceptar los términos del *CONVENIO DE REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES ASISTENCIALES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS DEPENDIENTES DEL MINISTERIO Y DE ACTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS*, suscrito entre la INSTITUCION FORMADORA..... y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Nombre y Apellido completo	N° Cédula de Identidad	Conocimiento de los términos del Convenio SI-NO	Firma



UNIVERSIDAD
 Profesiones de Salud

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - MEDICINA					
	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de ingresados en 1º Curso					
Nº de egresados					
Duración del ciclo formativo					
Titulación otorgada					

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ENFERMERIA					
	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de ingresados en 1º Curso					
Nº de egresados					
Duración del ciclo formativo					
Titulación otorgada					

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - KINESIOLOGIA					
	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de ingresados en 1º Curso					
Nº de egresados					
Duración del ciclo formativo					
Titulación otorgada					

INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**CARRERA:****SEDE:****TRIMESTRE CORRESPONDIENTE A:****FECHA DE PRESENTACION:**

Las autoridades de la Facultad de, Sede, de la Universidad o Instituto Superiorcomunican mediante el presente informe, todas las actividades realizadas en el marco del Convenio Interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar, en materia de regulación de las actividades docentes asistenciales realizadas en los Servicios dependientes del Ministerio y de actualización de contenidos de los Programas relacionados con las Políticas Públicas, tal como se establece en las Cláusulas de dicho Convenio.

1. Actualización de datos de Autoridades, según corresponda:
2. Avances del proceso de Evaluación diagnóstica o Acreditación con ANEAES:
3. Actualización de la nómina de docentes, según corresponda:
4. Actualización de aranceles (matrícula y cuota), según corresponda:
5. Actualización de la malla curricular, según corresponda:
6. Modificaciones en el listado de alumnos que realizan prácticas, según corresponda:
7. Modificaciones en el listado de tutores y campos de prácticas, según corresponda:
8. Actividades realizadas según la Cláusula Décima:

Firma
Aclaración
Número de CI
Cargo
Sello

ANEXO I: DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DE LA GESTIÓN

CONVENIO INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL Y ----- EN MATERIA DE REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES ASISTENCIALES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEPENDIENTES DEL MINISTERIO Y DE ACTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Atendiendo a la cláusula Primera del Convenio donde expresa: "Por la INSTITUCIÓN FORMADORA, será responsable de realizar las gestiones para el cumplimiento del presente convenio, la persona individualizada en el Anexo I."

Se informa que será responsable de realizar las gestiones en la DNERHS,..... en representación de la INSTITUCION FORMADORA, para el cumplimiento del Convenio:

Nombre:.....

Cargo:.....

Nº de CI:.....

Correo:.....

Teléfonos:

1.....

2:.....

Firma.....

Sello de la Institución.....

OBS:

1. Cualquier cambio en la designación del responsable de la Institución deberá ser comunicada por escrito a la DNERHS dentro de las 48 hs.
2. Solo esta persona designada podrá realizar gestiones en nombre de la Institución Formadora ante el MSPyBS.
3. La Institución Formadora podrá designar a otras personas para realizar las gestiones ante los Servicios de Salud. En dicho caso, la designación será comunicada por escrito a cada Servicio de Salud y a la DNERHS.

