

PROCEDIMIENTO DE DESIGNACION DE DOCENTES HORAS CÁTEDRA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

**Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias
Dirección Provincial del Conocimiento**

Código DPGC – I004/2

Versión 1.2

Fecha de realización 01/09/2016

Fecha de actualización 08/08/2017

INDICE

Contenido	Página
1. ALCANCE	3
2. REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR	4
3. REQUISITOS PARTICULARES DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR	6
4. TOMA DE POSESION	9
5. NO TOMA DE POSESION	10
6. ANEXO 1 - NOTA DE PRESENTACION	11
7. ANEXO 2 – DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES	13
8. ANEXO 3 – FORMULARIO DE TOMA DE POSESION	15
9. ANEXO 4 – NOTA DE ELEVACION DEL DOCENTE REEMPLAZANTE	17
10. ANEXO 5 – FORMULARIO DE NO TOMA DE POSESION	19

1. ALCANCE

El presente documento detalla los requisitos para la presentación de la documentación que forma parte de la propuesta de designación de los docentes de planta temporaria. Este documento forma parte integrante del Manual denominado **Procedimiento para la Designación de Docentes Horas Cátedra** identificado con **Código DPGC – I004**.

Este documento deberá revisarse periódicamente con el fin de introducir las actualizaciones que surjan de la actividad de los organismos involucrados.

2. REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR

2.1. Caratulación del expediente

- La documentación correspondiente a la propuesta de designación de cada docente horas cátedra debe formar parte de un expediente caratulado desde el Establecimiento de Salud, la Región Sanitaria, o Programa de Nivel Central, según corresponda.
- Se debe caratular **un expediente por cada docente**. En el caso que un mismo docente presente dos o más propuestas para diferentes cargos pueden ser incluidas en un único expediente **siempre que los cargos se encuentren dentro del mismo ciclo lectivo, actividad, año calendario y sede**. Caso contrario deben ser tramitadas por expedientes separados.
- Si un **Coordinador fuera propuesto para dictar alguna asignatura o módulo** debe ser tramitada a través de expedientes separados.

2.2. Documentación respaldatoria y congruencia de los datos declarados

Es imprescindible que toda la información que se detalle en el **Formulario de Propuesta de Designación Docente Horas Cátedra** sea respaldada con la respectiva documentación. No se tomarán por válidos datos personales o de formación académica que no cuenten con la correspondiente **copia autenticada** en el expediente, **siendo dicha situación causal de rechazo de la propuesta**. Asimismo la falta de congruencia entre la información obrante en los diferentes documentos solicitados **será motivo de devolución del expediente**.

2.3. Certificación de firma

La certificación de la firma del docente **UNICAMENTE** podrá ser realizada por el Responsable Regional de Capacitación, el Responsable Regional de Enfermería, el Responsable Regional de Residencias, el Director del Hospital, el Director de la Región o autoridad competente del nivel central acompañado de firma y sello. Dicha certificación de firma **NO podrá estar a cargo del Coordinador de la Carrera**.

2.4. Autenticación de copias

- **Todas las copias deben ser autenticadas**. Para ello deben contar con el sello o la leyenda

manuscrita “ES COPIA DEL ORIGINAL” acompañado de firma y sello del Responsable Regional de Capacitación o Responsable Regional de Enfermería o Responsable Regional de Residencias o Coordinador de la Carrera o Apoyo Técnico Docente o autoridad competente del nivel central.

- **La certificación debe obrar en el anverso y reverso de las copias.**
- **Todas las copias deben ser legibles**, para lo cual se permiten copias obtenidas a partir de fotocopias o escaneos impresos.

3. REQUISITOS PARTICULARES DE LA DOCUMENTACION A PRESENTAR

El Expediente debe estar confeccionado con la siguiente documentación **foliada en el orden que se detalla a continuación**. Lo solicitado en los puntos 3.1. y 3.2. debe ser cumplimentado por las autoridades correspondientes. Lo solicitado en los puntos 3.3. a 3.12 corresponde a la documentación que debe presentar el docente propuesto.

3. 1. Nota de Solicitud de Propuesta de Designación - VER ANEXO 1

- La nota tipo se encuentra disponible en www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/docentes
- La nota debe poseer firma y sello de los responsables de la propuesta de designación de acuerdo al siguiente cuadro

Nivel de dependencia	Funciones	Funcionarios que suscriben la Nota de Solicitud de Propuesta de Designación
Nivel Central	Todas las funciones docentes	Funcionario con nivel igual o superior a Director o equivalente y Subsecretario correspondiente
Región Sanitaria	Todas las funciones docentes Instructor de Rotación Instructor Itinerante	Responsable Regional de Capacitación, Responsable Regional de Residencias o Responsable Regional de Enfermería según corresponda y Director de la Región Sanitaria
Establecimiento de Salud	Instructor de Sede Instructor Multidisciplinar	Director del Establecimiento

3. 2. Copia del Acta de Concurso (si correspondiere)

3. 3. Formulario de Propuesta de Designación Docente Horas Cátedra

- El formulario y el instructivo para ser completado se encuentra disponible en www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/docentes
- Se debe completar un formulario por docente.
- El formulario debe ser completada on-line y posteriormente impreso.
- El docente deberá firmar y aclarar su firma al pie del formulario.

3. 4. Declaración Jurada de Incompatibilidades e Inhabilidades – VER ANEXO 2

- El formulario se encuentra disponible en www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/docentes
- La Declaración Jurada debe ser impresa y completada con tinta azul, sin tachaduras ni enmiendas y cumplir con los requisitos de firma, aclaración y fecha de la misma.

3. 5. Copia autenticada de Documento Nacional de Identidad

- La copia del DNI debe corresponder a un documento válido. Puede consultarse la validez en <http://www.dni.gov.ar/inicio/index.php>
- Anverso y reverso.
- Los extranjeros deberán presentar la documentación que acredite su condición de residente de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.871, el Decreto N° 616/2010 y normas complementarias. Para mayor información puede consultarse <http://www.migraciones.gov.ar/accesible/indexP.php?residencias>

3. 6. Constancia de inscripción CUIT/CUIL

3. 7. Copia autenticada de Título Habilitante

- Anverso y reverso.

3. 8. Copia de otros títulos vinculados al cargo

- Copia de otros Títulos Profesionales, Especialidades, Posgrados o Capacitaciones relacionadas al cargo para el que es propuesto.
- Anverso y reverso.

3. 9. Copia autenticada de Matrícula actualizada o Certificado Ético Profesional

- Matrícula actualizada según el Registro Único de Profesiones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (RUP) de acuerdo a lo dispuesto por la Dirección de Fiscalización Sanitaria.
- Certificado Ético Profesional en el caso de aquellos docentes profesionales colegiados o inscriptos en Consejos. El mismo **tendrá una validez máxima de cientoveinte (120) días corridos** contados desde la fecha de su emisión hasta la fecha de caratulación del

expediente.

3. 10. Certificado de aptitud psicofísica

- **Otorgado por efector público**, nacional, provincial o municipal, **con firma y sello del médico y sello de la entidad que lo emitió.**
- El certificado **tendrá una validez máxima de un (1) año** contados desde la fecha de su emisión hasta la fecha de caratulación del expediente.
- Para el caso en que el docente tuviera varias propuestas de designación dentro del mismo año calendario se podrá presentar copia del certificado, indicando en la misma el número de expediente en el que obra el original.

En el caso de los INSTRUCTORES DE RESIDENTES, ya sean DE SEDE, DE ROTACION, ITINERANTE o MULTIDISCIPLINAR debe agregarse:

3. 11. Copia del Certificado de Especialista o Certificado de Residencia

- **El Certificado de Especialista** debe ser el otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación o autoridad competente de la Provincia de Buenos Aires y contar con **período de validez vigente.**
- **El Certificado de Residencia completa** reconocida por autoridad competente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.

IMPORTANTE: El docente que se encuentre percibiendo un **HABER JUBILATORIO** deberá acreditar los años de servicios docentes no declarados para la obtención del beneficio a los efectos de percibir la bonificación por antigüedad.

4. TOMA DE POSESION

- El formulario de Toma de Posesión se adjunta como **ANEXO 3** y se encuentra disponible en www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/docentes
- El formulario debe ser enviado a la **Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas** de realizada la toma de posesión del cargo.
- Se deben enviar **3 (tres) originales por cada docente y cada asignatura**.
- Los datos consignados en el Formulario de Toma de Posesión deben **coincidir en su totalidad con los declarados en el Formulario de Designación de Docentes Horas Cátedra** (ver punto 3.3. de este manual).
- **La fecha de toma de posesión es la fecha de inicio de la designación.**
- El formulario de Toma de Posesión debe poseer firma y aclaración del docente y firma y sello del Responsable Regional de Capacitación, el Responsable Regional de Enfermería, el Responsable Regional de Residencias, el Director del Hospital, el Director de la Región o autoridad competente del nivel central. Dicha firma **NO podrá estar a cargo del Coordinador de la Carrera**.

IMPORTANTE: El Formulario de Toma de Posesión **NO** forma parte del Expediente de la Propuesta de Designación del Docente que se detalla en el punto 3 de este manual.

IMPORTANTE: El Formulario de Toma de Posesión es **REQUISITO INDISPENSABLE** para proceder a la liquidación de los haberes en tiempo y forma.

5. NO TOMA DE POSESION

- El **formulario de No Toma de Posesión** se adjunta como **ANEXO 5** y se encuentra disponible en www.ms.gba.gov.ar/sitios/capacitacion/docentes
- **La No Toma de Posesión debe ser tramitada por expediente, el cual contendrá:**
 - Nota de elevación del Docente Reemplazante, dirigida al responsable del programa correspondiente (**VER ANEXO 4**)
 - Formulario de No Toma de Posesión del cargo (**VER ANEXO 5**), el cual debe poseer firma y aclaración del docente y firma y sello del Responsable Regional de Capacitación, el Responsable Regional de Enfermería, el Responsable Regional de Residencias, el Director del Hospital, el Director de la Región o autoridad competente del nivel central. Dicha firma **NO podrá estar a cargo del Coordinador de la Carrera**.
 - Los datos consignados en el Formulario de No Toma de Posesión deben **coincidir en su totalidad con los declarados en el Formulario de Designación de Docentes Horas Cátedra** (ver punto 3.3. de este manual).

IMPORTANTE: En caso que el docente no firme el Formulario de No Toma de Posesión se debe adjuntar la Notificación por medio fehaciente de la intimación a tomar servicios.

IMPORTANTE: Para designar al docente reemplazante debe tramitarse un nuevo expediente de acuerdo a lo detallado en el punto 3. de este Manual.

ANEXO 1

NOTA DE SOLICITUD DE PROPUESTA DE DESIGNACION

Previo caratúlese
Lugar y Fecha

Sr. Director Provincial de Gestión del Conocimiento

S / D

Por la presente elevo a usted la propuesta de designación del docente cuyos datos a continuación se detallan:

- Nombre y apellido del docente
- DNI – CUIT/CUIL
- Nombre de la actividad
- N° de Disposición de apertura de la actividad, si correspondiere
- Año lectivo, si correspondiere
- Sede de funcionamiento
- Localidad
- Función
- Asignatura/Especialidad, si correspondiere
- Período de designación (desde / hasta)
- Cantidad de horas cátedra
- Nivel de Enseñanza
- Financiación

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Firma y sello de los funcionarios responsables de la propuesta de designación

ANEXO 2

DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES

Ministerio de Salud
Procedimiento para la Designación de Docentes Horas Cátedra – Documentación a presentar

DECLARACIÓN JURADA		
DATOS DEL DECLARANTE:		
APELLIDO/S Y NOMBRE/S: TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI/CI/LC/LE: (Tachar lo que no corresponda) NÚMERO DE CUIT/CUIL/CDI: (Tachar lo que no corresponda) DOMICILIO REAL:		
Marque la opción correcta.	SI	NO
1. Reviste en Planta Permanente o Planta Transitoria en el ámbito de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires. En caso de responder afirmativamente, indique modalidad y situación de revista, de corresponder: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desempeña algún cargo en el orden Nacional, Provincial, Municipal y/o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, salvo la investigación en organismos estatales y la docencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En caso de haber solicitado una reserva de cargo en el Organismo de revista presupuestaria, se solicita se informe el número de Nota y/o Expediente de la misma para mejor proveer. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se encuentra en cumplimiento de condena por la comisión de un delito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha sido condenado o se encuentra con auto de procesamiento firme o situación procesal equivalente por delito doloso contra la Administración Pública, Nacional, Provincial, Municipal o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sido condenado o se encuentra con auto de procesamiento firme o situación procesal equivalente como autor, partícipe en cualquier grado, instigador o encubridor por delitos considerados como imprescriptibles en el ordenamiento jurídico vigente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se encuentra afectado por inhabilitación administrativa o judicial para ejercer cargos públicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es militar o integra alguna fuerza de seguridad en actividad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es propietario, dirige, administra, representa, patrocina, asesora, o, de cualquier otra forma, presta servicios a quien gestione o tenga una concesión o sea proveedor del Estado, o realice actividades reguladas por éste, siempre que el cargo público desempeñado tenga competencia funcional directa, respecto de la contratación, obtención, gestión o control de tales concesiones, beneficios o actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Realiza por sí o por cuenta de terceros gestiones tendientes a obtener el otorgamiento de una concesión, adjudicación en la administración pública.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es proveedor por sí o por terceros del organismo público donde desempeñará sus funciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mantiene relaciones contractuales con entidades directamente fiscalizadas por el organismo en que se encontrará prestando funciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Patrocina trámites o gestiones administrativas referentes a asuntos de terceros que se vinculen con sus funciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ejerce la abogacía o la procuración contra la Provincia de Buenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>DECLARO bajo juramento que todos los datos y manifestaciones efectuadas corresponden a quien suscribe, son exactos y verdaderos y, que he confeccionado esta declaración sin omitirlos ni falsearlos, no encontrándome sometido/a a proceso judicial alguno ni estando alcanzado/a por inhabilitación legal de ningún tipo, ni por causales de incompatibilidad que me impidan ocupar el cargo para el que he sido propuesto. Asimismo, declaro conocer lo establecido por el Artículo 293 del Código Penal ("...será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un documento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio...").-</small>		
FECHA	FIRMA	

ANEXO 3

FORMULARIO DE TOMA DE POSESION

Lugar y Fecha

Señor Director de Personal

S / D

Tengo el agrado de dirigirme a usted llevando a su conocimiento que el docente que se detalla **ha tomado posesión del cargo el día** (detallar):

- Nombre y apellido del docente
- DNI - CUIT/CUIL - Fecha de nacimiento (detallar)
- Domicilio completo como figura en el Formulario de Propuesta de Designación, incluyendo Localidad y Código Postal
- Nombre de la actividad
- Año lectivo, si correspondiere
- Sede de funcionamiento, incluyendo Región Sanitaria
- Función
- Asignatura/Especialidad, si correspondiere
- Período de designación (detallar desde / hasta)
- Cantidad de horas cátedra y Nivel de Enseñanza
- Días y horarios (detallar)
- Sucursal bancaria elegida para el cobro de haberes N° (indicar N° de sucursal) con domicilio en (indicar calle, N° y localidad).

Saludo a usted atentamente.

Firma y aclaración del Docente

Firma y sello del funcionario responsable

A completar por la Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento

Legajo N°:.....Decreto/Resolución N°..... de fecha.....

ANEXO 4

NOTA DE ELEVACION DEL DOCENTE REEMPLAZANTE

Ministerio de Salud
Procedimiento para la Designación de Docentes Horas Cátedra – Documentación a presentar

Previo Caratúlese
Lugar y Fecha

(detallar responsable del programa correspondiente)

S _____ / _____ **D**

Por la presente informo a usted que el docente (detallar nombre y apellido del docente que no tomó posesión) no tomó posesión de su cargo de acuerdo al detalle que obra a fs. 2, por lo que lo reemplazará el docente cuyos datos a continuación se detallan:

- Nombre y apellido del docente
- DNI – CUIT/CUIL
- Nombre de la actividad
- Año lectivo, si correspondiere
- Sede de funcionamiento
- Localidad
- Función
- Asignatura/Especialidad, si correspondiere
- Período de designación (desde / hasta)
- Cantidad de horas cátedra
- Nivel de Enseñanza
- Financiación

Saludo a usted atentamente.

Firma y sello de los funcionarios responsables de la propuesta de designación

ANEXO 5

FORMULARIO DE NO TOMA DE POSESION

Lugar y Fecha

Señor Director de Personal

S / D

Tengo el agrado de dirigirme a usted llevando a su conocimiento que el docente que se detalla **no ha tomado posesión del cargo:**

- Nombre y apellido del docente
- DNI - CUIT/CUIL - Fecha de nacimiento (detallar)
- Domicilio completo como figura en el Formulario de Propuesta de Designación, incluyendo Localidad y Código Postal
- Nombre de la actividad
- Año lectivo, si correspondiere
- Sede de funcionamiento, incluyendo Región Sanitaria
- Función
- Asignatura/Especialidad, si correspondiere
- Período de designación (detallar desde / hasta)
- Cantidad de horas cátedra y Nivel de Enseñanza
- Días y horarios (detallar)

Saludo a usted atentamente.

Firma y aclaración del Docente

Firma y sello de Funcionario Responsable

A completar por la Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento

Legajo N°:.....Decreto/Resolución N°..... de fecha.....