

|  |
| --- |
| **Anexo Nº 3Formato de Requisitos del Proceso de Autevaluación de Programas, Campos Clínicos y Espacios Sociosanitarios del Residentado Químico Farmacéutico** |
|
|
|  |  |  |  |  |  |
| **1** | **DATOS GENERALES:** |  |  |  |  |
| **1.1** | **UNIVERSIDAD** |   |
| **1.2** | **FACULTAD** |   |
| **1.3** | **UNIDAD, SECCIÓN o ESCUELA DE POSTGRADO**  |   |
| **1.4** | **SEGUNDA ESPECIALIDAD:** |   |
| **1.5** | **UNIDAD DE POSTGRADO (UPG) o su equivalente** |  |  |  |  |
|  | Director de Postgrado |   |
|  | Región |   |
|  | Provincia |   |
|  | Dirección de la UPG |   |
|  | Teléfonos de la UPG |   |
|  | Correo electrónico Institucional |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **2** | **DATOS DE LA UNIVERSIDAD** | *(Seleccione* ***SI*** *ó* ***NO*** *)* |  |
| **2.1** | **Proyecto Institucional** |  |  |  |  |
|  | Promociones de Egresados en Farmacia y Bioquímica, mayor o igual a 5  |   |  |  |  |
|  | **Convenios Marco y Específico suscritos y vigentes, según corresponda)** | **Marco** | **Especifico** |  |  |
|  | MINSA |   |   | Fecha inicio y término |
|  | ESSALUD |   |   | Fecha inicio y término |
|  | MINISTERIO DE DEFENSA |   |   | Fecha inicio y término |
|  | MINISTERIO DEL INTERIOR |   |   | Fecha inicio y término |
|  | OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS |   |   | Fecha inicio y término |
| **2.2** | **Organización Académica** |  |  |  |
|  | Resolución o documento de designación del **Comité de Especialidad**  |   |  |  |  |
|  | 100 % de los miembros del Comité de la Especialidad titulados como especialistas |   |  |  |  |
|  | **Plan curricular** de la especialidad aprobado por la instancia universitaria pertinente |   |  |  |  |
|  | Resolución o documento de designación tutores de acuerdo a la norma de la Universidad y asignacion de funciones |   |  |  |  |
| **2.3** | **Plana Docente** |  |  |  |
|  | Docentes con titulo de especialista, magister o doctorado. |   |   |  |  |
|  | Relación máxima tutor/estudiantes por especialidad (1 tutor / 5 residentes) |   |   |  |  |
| **2.4** | **Sede Docente**  |  |  |  |
|  | Nombre de la Sede Docente |   |   |   |   |
|  | Opcional: |   |  |  |  |
|  | Nombre de la Sede Complementaria de Rotación |   |   |   |   |
|  | Nombre de la Sede Complementaria de Rotación |   |   |   |   |
|  | Nombre de la Sede Complementaria de Rotación |   |   |   |   |
|  | Coordinador administrativo en la sede docente designado |   |
| **2.5** | **Organización e Infraestructura Administrativa Universitaria**  |  |  |  |
|  | Oficina equipada y reservada **exclusivamente** para la UPG en la universidad |   |
|  | Línea telefónica en la oficina |   |
|  | Acceso desde la oficina a Internet (correo electrónico y Web) |   |
|  | Personal administrativo designado para laborar en la UPG |   |
|  | Funcionamiento que establezca un horario de atención al usuario |   |
|  | Normas establecidas para los procesos administrativos de la UPG |   |
| **2.6** | **Prevención de Riesgos de la Salud y Bienestar Estudiantil** |  |  |  |
|  | Cobertura de vacunación de estudiantes contra hepatitis A, B, Rubéola y fiebre amarilla (si corresponde) |   |
|  | Control de Tuberculosis, como requisito de ingreso y matricula anual |   |
|  | Evaluación de salud mental como requisito de ingreso (A la admisión) |   |
| **2.7** | **Recursos de Información en Salud** |  |  |  |  |
|  | Textos (papel o medio electrónico) de la especialidad |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **OBSERVACIONES:** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Decano de Facultad de Farmacia y Bioquímica

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad de Postgrado