|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **http://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTrsEIz3FFrnVNKyaTStx4V2ogQqpRj1tzOXgtnSQVp1Zmxb6XGhg&t=1** |  | **POSTULACIÓN ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES FUNCIONARIOS LEY Nº 19.664 AÑO 2020.**  **(Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos )** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº FOLIO :** |  |  |

* + 1. **IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

Nombre profesional funcionario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anexo contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico autorizado para postulación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) ANTECEDENTES FUNCIONARIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ESTABLECIMIENTO: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CARGO |  | HORAS |  | NIVEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CALIDAD JURÍDICA |  |

**3) NIVEL AL QUE POSTULA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIVEL II |  | NIVEL III |  |

**4) CONDICIÓN DE POSTULACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OBLIGACIÓN: | TITULAR |  | CONTRATA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| VOLUNTARIO EXCELENCIA |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Firma Postulante** |

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 1** |

**RESUMEN DE DOCUMENTOS PRESENTADOS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN PROFESIONALES LEY Nº 19664**

*Debe ser entregado en duplicado, completado en computador y firmado por el interesado.*

*Una copia queda en la postulación – la otra se entrega revisada al postulante*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **FACTOR** | | **TOTAL**  **DOCUMENTOS**  **PRESENTADOS** | **REVISIÓN**  Uso Dpto. RR HH |
|  |  |  |  |  |
| **TÉCNICA** | 11. Capacitación, Perfeccionamiento y Subespecialización | |  |  |
| 2. Labor Docente y de Investigación | 2.1. Labor docente Institucional |  |  |
| 2.2 Investigación |  |  |
| 3. Reconocimiento Académico | |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **CLÍNICA** | * + - 1. Atención Abierta | |  |  |
| * + - 1. Atención Cerrada | |  |  |
| * + - 1. Procedimientos y Exámenes | |  |  |
| * 1. Actuación en Situaciones Críticas | |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **ORGANIZACIONAL** | 1. Relación de Cargos y Funciones de   Responsabilidad | |  |  |
| 1. Relación de Aportes realizados | |  |  |
| 1. Reconocimientos Institucionales | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL ANTECEDENTES PRESENTADOS** | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 2** |

**ÁREA TÉCNICA**

**ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACIÓN**

**TODAS LAS PROFESIONES DE LA LEY N° 19.664**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando copias o fotocopias de los Certificados o Diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad. En este anexo debe detallar los títulos, especialidades (dentro o fuera del periodo de evaluación), perfeccionamiento y capacitación.

*(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | FECHA | INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ | Evaluación | | **USO COMISIÓN** |
| SI | NO | **PUNTAJE** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos entregados: |  | …………………………………………..  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 3** |

**ÁREA TÉCNICA**

**DOCENCIA INSTITUCIONAL**

**TODAS LAS PROFESIONES DE LA LEY N° 19.664**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando copias o fotocopias de los Certificados o Diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad

***(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** | **FECHA** | **INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ** | **CLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD[[1]](#footnote-1)** | **USO COMISIÓN** |
| **PUNTAJE** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos entregados: |  | ………………………………………………………………………………..  Firma y Timbre Subdirector Médico del  Establecimiento |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 4** |

**ÁREA TÉCNICA**

**ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN**

**TODAS LAS PROFESIONES DE LA LEY N° 19.664**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando copias o fotocopias de los Certificados o Diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad

*(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)*

I. RELACIÓN CRONOLÓGICA DE ACTIVIDADES REALIZADAS:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN | AÑO | CALIDAD | | | **USO COMISIÓN** |
| Autor | Coautor | Colaborador | **PUNTAJE** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |

II. Importancia en el ámbito laboral, clínico, técnico u organizacional:

|  |
| --- |
|  |

DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES ENTREGADOS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos entregados: |  | ……………………………………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 5** |

**ÁREA TÉCNICA**

**RECONOCIMIENTO ACADÉMICO**

**TODAS LAS PROFESIONES DE LA LEY N° 19.664**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando verificador

*(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)*

I. RELACIÓN CRONOLÓGICA DE RECONOCIMIENTOS:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | FECHA | CALIDAD | | | **USO COMISIÓN** |
| Autor | Coautor | Colaborador | **PUNTAJE** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES ENTREGADOS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos entregados: |  | …………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha** | **Nombre y Firma Postulante** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTrsEIz3FFrnVNKyaTStx4V2ogQqpRj1tzOXgtnSQVp1Zmxb6XGhg&t=1SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas | **ÁREA CLÍNICA**  **CERTIFICACIÓN SOME**  **CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN ABIERTA**  PERÍODO 1 DE MAYO 2011 AL 30 DE ABRIL 2020 | **ANEXO Nº 6** |
|  |

**MÉDICOS-CIRUJANOS, CIRUJANOS-DENTISTAS, BIOQUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

Debe ser completado por el Jefe de SOME, Jefe Servicio Clínico o Unidad de Apoyo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE SUSCRIBE** | |  | | **II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE ACREDITA:** | |
| NOMBRE: |  | | NOMBRE | | |
| JEFE: |  | | ESPECIALIDAD | | |
| NOMBRE |  | | HOSPITAL | | |
| JEFE SOME |  | | LUGAR DE TRABAJO | | |
| OTRO: |  | | CARGO | | HORAS: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. CERTIFICACIÓN DE ASPECTOS CUANTITATIVOS** | | | | | | |  | |  | | |
| **UNIDAD DE TRABAJO** | **PERIODO** | | **ASPECTOS CUANTITATIVOS**  (DEBE SER COMPLETADO POR JEFE SOME) | | | | | |  |  | |
| **DESDE** | **HASTA** | **HORAS DESTINADAS** | **ACTIVIDADES** | | | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO | |
| Programadas | Realizadas | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  | |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |  | | | | | | | |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, SOME y/o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ……………………………………………………………………  Firma y Timbre Jefe SOME | | ……………………………………………………………..  Firma y Timbre Jefe Directo | …………………………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento | |
| Fecha: ………………………………………………. | | Fecha: …………………………………………………… | Fecha: …………………………………….. | |
| http://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTrsEIz3FFrnVNKyaTStx4V2ogQqpRj1tzOXgtnSQVp1Zmxb6XGhg&t=1SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas | **ÁREA CLÍNICA**  **CERTIFICACIÓN SOME**  **CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN CERRADA**  PERÍODO 1 DE MAYO 2011 AL 30 DE ABRIL 2020 | | | **ANEXO Nº 7** | |
|  | |

**MÉDICOS-CIRUJANOS, CIRUJANOS-DENTISTAS, BIOQUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

Debe ser completado por el Jefe de SOME, Jefe Servicio Clínico o Unidad de Apoyo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE SUSCRIBE** | |  | | **II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE ACREDITA:** | |
| NOMBRE: |  | | NOMBRE | | |
| JEFE: |  | | ESPECIALIDAD | | |
| NOMBRE |  | | HOSPITAL | | |
| JEFE SOME |  | | LUGAR DE TRABAJO | | |
| OTRO: |  | | CARGO | | HORAS: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. CERTIFICACIÓN DE ASPECTOS CUANTITATIVOS** | | | | | |  | | |  | | | |
| **UNIDAD DE TRABAJO** | **PERIODO** | | **ASPECTOS CUANTITATIVOS**  (DEBE SER COMPLETADO POR JEFE SOME) | | | | | |  |  |  | |
| **DESDE** | **HASTA** | **HORAS DESTINADAS** | **ACTIVIDADES** | | | PORCENTAJE CUMPLIMIENTO | |
| Programadas | | Realizadas |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | |  |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |  | | | | | | | |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, SOME y/o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………………………………………………………………………..  Firma y Timbre Jefe SOME | | ……………………………………………………………..  Firma y Timbre Jefe Directo | …………………………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento | |
| Fecha: …………………… | | Fecha: …………………………………………… | Fecha: ………………………………………….. | |
| http://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTrsEIz3FFrnVNKyaTStx4V2ogQqpRj1tzOXgtnSQVp1Zmxb6XGhg&t=1SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas | **ÁREA CLÍNICA**  **CERTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES**  PERÍODO 1 DE MAYO 2011 AL 30 DE ABRIL 2020 | | | **ANEXO Nº 8** |
|  |

**MÉDICOS-CIRUJANOS, CIRUJANOS-DENTISTAS, BIOQUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

Debe ser completado por el Jefe de SOME, Jefe Servicio Clínico o Unidad de Apoyo

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE SUSCRIBE** | |  | | **II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE ACREDITA:** | |
| NOMBRE: |  | | NOMBRE | | |
| JEFE: |  | | ESPECIALIDAD | | |
| NOMBRE |  | | HOSPITAL | | |
| JEFE SOME |  | | LUGAR DE TRABAJO | | |
| OTRO: |  | | CARGO | | HORAS: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. CERTIFICACIÓN DE ASPECTOS CUANTITATIVOS** | | | | | | |  | |  | | |
| **UNIDAD DE TRABAJO** | **PERIODO** | | **ASPECTOS CUANTITATIVOS**  (DEBE SER COMPLETADO POR JEFE SOME) | | | | | |  |  | |
| **DESDE** | **HASTA** | **HORAS DESTINADAS** | **ACTIVIDADES** | | | PORCENTAJE CUMPLIMIENT | |
| Programadas | Realizadas | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |  | | | | | | | |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, SOME y/o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………………………  Firma y Timbre Jefe SOME | ……………………………………………………………..  Firma y Timbre Jefe Directo | …………………………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |
| Fecha…………………………………………………. | Fecha: …………………………………………………… | Fecha: ………………………………….. |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 9** |

**ÁREA CLÍNICA**

**MÉDICOS-CIRUJANOS, CIRUJANOS-DENTISTAS, BIOQUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

**C E R T I F I C A C I Ó N D E C A L I F I C A C I Ó N**

|  |  |
| --- | --- |
| Doctor(a) | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cargo | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Establecimiento | : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CALIFICACIONES DEL PERÍODO OBJETO DE EVALUACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERÍODO** | **LISTA** | **PUNTAJE** | **USO DE LA COMISIÓN** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **PROMEDIO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOTAS DE MÉRITO: REGISTRA**  (Sólo último período evaluado) |  | **NO REGISTRA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOTAS DE DEMÉRITO: REGISTRA**  (Sólo último período evaluado) |  | **NO REGISTRA** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………..  Jefe de Personal |  | …………………………………………..  Director del Establecimiento |

FECHA: …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://t0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTrsEIz3FFrnVNKyaTStx4V2ogQqpRj1tzOXgtnSQVp1Zmxb6XGhg&t=1SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 10** |

**ÁREA CLÍNICA**

**ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS**

Período 01 de Mayo 2011 al 30 de Abril 2020

**MÉDICOS-CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS, FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

**I. IDENTIFICACIÓN**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| JEFE DIRECTO: |
| NOMBRE |
| JEFE SOME |
| OTRO: |

**II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL FUNCIONARIO QUE ACREDITA AÑO 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | |
| ESPECIALIDAD | |
| HOSPITAL | |
| LUGAR DE TRABAJO | |
| CARGO | HORAS: |

* + 1. **ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PERÍODO** | **DESCRIPCIÓN PARTICIPACIÓN SITUACIÓN CRÍTICA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* + 1. **APRECIACIÓN DEL JEFE DIRECTO:** (Indicar disposición del profesional para actuar en estas situaciones, u otra información relevante)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Observado más de una vez en el período |  | Observado sólo una vez en  el período |  | Manifiesta disposición, pero no se ha presentado la situación |  | Nunca observado |  |

|  |
| --- |
| **Comentarios:** |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, SOME o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………..  Firma y Timbre Jefe Directo |  | …………………………………………………………………………  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSÉN  Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 11** |

**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RELACIÓN DE CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**

**TODAS LAS PROFESIONES**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando copias o fotocopias de los Certificados o Diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad

*(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOCUMENTO  Nº /FECHA | DESIGNACIÓN/  NOMBRAMIENTO/  ENCOMENDACIÓN | PERÍODO | | NIVEL DE  RESPONS. | **USO COMISIÓN** | |
| DESDE | HASTA | Nº Meses | Puntos |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos presentados: |  | …………………………………………..  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

FECHA: …………………………………………………………



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 12** |

**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS**

Período 01 de Mayo 2011 al 30 de Abril 2020

**TODAS LAS PROFESIONES**

Debe ser completado por el postulante en computador, adjuntando copias o fotocopias de los Certificados o Diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad

(En caso de requerir más hojas fotocopia este anexo)

**I. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE SUSCRIBE**

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE |
| JEFE SOME |
| OTRO: |

**II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE ACREDITA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | |
| ESPECIALIDAD | |
| HOSPITAL | |
| LUGAR DE TRABAJO | |
| CARGO | HORAS: |

* + - * 1. **RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERÍODO** | **DESCRIPCIÓN DEL APORTE[[2]](#footnote-2)** | Nivel de  Participación[[3]](#footnote-3) | Ámbito  Aplicación[[4]](#footnote-4) | Impacto[[5]](#footnote-5) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**IV. APRECIACIÓN DEL JEFE DIRECTO:**

|  |
| --- |
| **Comentarios:** |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………..  Firma y Timbre Jefe Directo |  | …………………………………………..  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

FECHA: …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVICIO DE SALUD AYSEN  Subdirección Gestión y Desarrollo de las Personas |  | **ANEXO Nº 13** |



**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

Período 01 de Mayo 2011 al 30 de Abril 2020

Debe ser completado por el Jefe de Servicio o Unidad de Apoyo o por el profesional presentando

Los documentos que acrediten la distinción correspondiente.

**I. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:** (Si se trata del postulante, dejar en blanco)

|  |
| --- |
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE |
| JEFE SOME |
| OTRO: |

**II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL QUE ACREDITA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | |
| ESPECIALIDAD | |
| HOSPITAL | |
| LUGAR DE TRABAJO | |
| CARGO | HORAS: |

* 1. **RELACIÓN DE LOS RECONOCIMIENTOS QUE ACREDITA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | Tipo de documento[[6]](#footnote-6) | Descripción del Reconocimiento[[7]](#footnote-7) | Entidad que lo Certifica | USO DE LA COMISIÓN  Puntaje |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad, de acuerdo a antecedentes registrados en esta Unidad, o lo informado por el profesional interesado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total documentos presentados: |  | …………………………………………..  Firma y Timbre Subdirector Médico del Establecimiento |

FECHA: ………………………………………………………



SERVICIO SALUD AYSÉN

Subdirección Gestión y Desarrollo de

las Personas

**ANEXO Nº 14**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICADO DE TIPOS DE ATENCIÓN**

**TODAS LAS PROFESIONES (EVALUACIÓN ESPECIAL)**

El Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo Clínico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que suscribe, certifica que el/la profesional funcionario Dr.(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se desempeña como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en el Servicio o Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en horario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(días y horario).

El profesional realiza: (marque SI o No)

Atención Abierta \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atención Cerrada \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procedimientos de apoyo (indique cuales) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EVALUACIÓN ESPECIAL (Otros): En la cual el profesional no desempeña atención abierta, cerrada, procedimientos y exámenes). Ejemplo con jefaturas de programas, Director Hospital, Jefes de Unidades, etc. (Indique cual o cuales y períodos) Este aspecto será cotejado con la relación de cargos y funciones de responsabilidad con los respectivos documentos para su acreditación, en la cual se identifican los períodos.

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

Firma Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo

1. Identificar Docencia en: Seminarios, Clases, Charlas en Reuniones Clínicas, Puestas al Día, Actualización de Normativas Clínicas u otras. [↑](#footnote-ref-1)
2. Considerar realización de consultorías, asesorías técnicas patologías GES, contratación unidades internas, coordinación Red Asistencial, consultorías Primaria, entre otras. [↑](#footnote-ref-2)
3. Indicar si la actividad fue “I” Individual, “C” Colectiva. [↑](#footnote-ref-3)
4. Indicar si el ámbito de aplicación del Aporte fue a Nivel de Servicio (S), Red Asistencial (R), Establecimiento (E) o Unidad (U). [↑](#footnote-ref-4)
5. Indicar si el Impacto del Aporte fue Alto o Mediano [↑](#footnote-ref-5)
6. Indicar N° Oficio, N° Resolución, Carta, Memorándum, Diploma, Etc. [↑](#footnote-ref-6)
7. Considerar: Desempeño Destacado y Participación en Comisiones o Comités [↑](#footnote-ref-7)