**CARTA DE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD DE**

**ACREDITACIÓN VOLUNTARIA POR EXCELENCIA**

(PROFESIONALES CON AL MENOS 5 AÑOS DE ANTIGÜEDAD PLANTA SUPERIOR)

**A : DIRECTORA SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DE : DR/A.**

**ESPECIALIDAD**

**HOSPITAL DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En atención al proceso de Acreditación para profesionales de la Ley 19.664, solicito a Ud. considerar mi solicitud de someterme voluntariamente al Proceso de Acreditación por excelencia, en el/los cargo(s) de \_\_\_\_ hrs., desempeñado(s) en el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para lo cual adjunto además:

* Informe fundado del Subdirector Médico del Establecimiento.
* Informe fundado de Jefatura Directa
* Certificación de las últimas 5 calificaciones, indicando el número de anotaciones meritorias por periodo y respaldos correspondientes.

Esperando contar con favorable respuesta, saluda atentamente.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

##### Firma de profesional

Fecha,

**INFORME FUNDADO**

**SOLICITUD ACREDITACION VOLUNTARIA POR EXCELENCIA**

**(SUBDIRECCIÓN MÉDICA)**

**A : DIRECTORA DE SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DE : DR/A.**

**SUBDIRECTOR MÉDICO HOSPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En atención al proceso de Acreditación, me permito informar a Ud. que en opinión de esta Subdirección, el/la profesional funcionario Dr(a). .........................................................................., de profesión especialista en ........................., de éste establecimiento se destaca por su excelente en el desempeño y su aporte a la organización, destacándose en los últimos cinco años:

* .
* .
* .
* .

Por lo anterior, el profesional indicado cuenta con la opinión favorable para presentar sus antecedentes en el proceso de acreditación voluntaria por excelencia, correspondiente al proceso de Acreditación.

Esperando contar con favorable respuesta, saluda atte.

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE

SUBDIRECTOR MEDICO HOSPITAL

Ciudad, fecha

**INFORME FUNDADO**

**SOLICITUD ACREDITACION VOLUNTARIA POR EXCELENCIA**

(JEFATURA DIRECTA)

**A : DIRECTORA DE SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**DE : JEFE SERVICIO CLINICO O UNIDAD DE APOYO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HOSPITAL DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

En atención a la solicitud de participar de manera voluntaria y por excelencia en el proceso de Acreditación, me permito informar a Ud. los méritos del Dr. .........................................................................., especialista en ........................., que dan cuenta de un excelente desempeño y aporte a la organización, destacándose en los últimos cinco años, lo que se indica:

* .
* .
* .
* .

Por lo anterior, el profesional indicado cuenta con la opinión favorable para presentar sus antecedentes en el proceso de acreditación voluntaria por excelencia, correspondiente al proceso de Acreditación-

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE

JEFE SERVICIO CLINICO O UNIDAD DE APOYO

Ciudad, fecha

**C E R T I F I C A C I O N C A L I F I C A C I O N E S**

DR (A) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ÚLTIMAS CINCO CALIFICACIONES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PERIODO | N° Anotaciones de Mérito(Adjuntar fotocopia) | **LISTA** | **PUNTAJE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | PROMEDIO: |  |  |

* **NOTAS DE DEMÉRITO**: **REGISTRA Nº NO REGISTRA**

(Periodo evaluado)

**Observaciones:**

* Para ser presentado en el proceso de Acreditación profesionales Ley 19.664.

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

JEFE PERSONAL DIRECTOR HOSPITAL

FECHA: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_