**POSTULACIÓN ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES FUNCIONARIOS/AS LEY N°19.664 AÑO 2025 (Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos)**

* + 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** |

**ANEXO N°01**

**DECLARACIÓN JURADA SIMPLE**

(todas las profesiones)

**SEÑORES**

**COMISIÓN DE ACREDITACIÓN**

**SERVICIO DE SALUD AYSÉN**

**PRESENTE:**

YO,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; cédula nacional de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ profesión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vengo en acreditar en forma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Obligatoria o voluntaria por excelencia) y por la presente declaro bajo juramento, para los efectos del proceso de acreditación de la ley Médica, regulado en DS Nº 128/04, que he tomado conocimiento de las bases que rigen el proceso, las cuales acepto en su totalidad y que todos los antecedentes que señalo y adjunto según formato de presentación de antecedentes son totalmente fidedignos.

 A su vez dejó constancia de que me encuentro en conocimiento de que las declaraciones que resulten falsas pueden ser constitutivas de delito sancionado en el art. 310 del Código Penal.

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

 **FIRMA DEL/LA PROFESIONAL FUNCIONARIO/A**

**FECHA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO N° 02**

**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** |

**ANEXO N° 03**

**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 repetir firmas y timbres en cada hoja. No se evaluarán los antecedentes si no está firmado por el postulante y el Subdirector Médico)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ANEXO N° 04**

**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 repetir firmas y timbres en cada hoja. No se evaluarán los antecedentes si no está firmado por el postulante y el Subdirector Médico)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 delEstablecimiento |

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

**ANEXO N° 05**

**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 repetir firmas y timbres en cada hoja. No se evaluarán los antecedentes si no está firmado por el postulante y el Subdirector Médico)*

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** |

**ANEXO N° 06**

**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 repetir firmas y timbres en cada hoja. No se evaluarán los antecedentes si no está firmado por el postulante y el Subdirector Médico)*

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** |

**ANEXO N° 07**

**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)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo | Atención abierta | Atención cerrada | Atención de procedimientos de apoyo y exámenes | Otros(evaluación especial) | En caso de marcar Otros, indique qué función realiza en el periodo (\*) | N° Situación de excepción (\*\*) |
| 01-05-2016 al 30-04-2017 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2017 al 30-04-2018 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2018 al 30-04-2019 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2019 al 30-04-2020 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2020 al 30-04-2021 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2021 al 30-04-2022 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2022 al 30-04-2023 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2023 al 30-04-2024 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2024 al 30-04-2025 |  |  |  |  |  |  |

En caso de realizar procedimientos de apoyo y/o exámenes, indique cuales:

|  |
| --- |
|  |

(\*) En caso de que el/la profesional no desempeña atención abierta, cerrada, ni procedimientos y exámenes). Ejemplo con jefaturas de programas, Director Hospital, Jefes de Unidades, etc. Indique cual o cuales en cada período. 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.

(\*\*) Revisar las bases de cada profesión en el área clínica están detalladas

Puede utilizar todas las hojas necesarias para este anexo y modificar fechas, siempre y cuando sea escrito en computador y se encuentre debidamente firmado por la jefatura indicada.

Nombre, firma y timbre de Jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo

**ANEXO N° 08**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN SOME**

**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN ABIERTA**

PERÍODO 1 DE MAYO 2016 AL 30 DE ABRIL 2025

**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: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * + 1. **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: …………………………………….. |

**ANEXO N° 09**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN SOME**

**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN CERRADA**

PERÍODO 1 DE MAYO 2016 AL 30 DE ABRIL 2025

**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: |
| * + - * 1. **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: ………………………………………….. |

**ANEXO N° 10**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES**

PERÍODO 1 DE MAYO 2016 AL 30 DE ABRIL 2025

**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: ………………………………….. |

**ANEXO N° 11**

**ÁREA CLÍNICA EVALUACIÓN CUALITATIVA**

**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: …………………………………………………

***Este anexo es para la evaluación cualitativa en situación normal y para situación de excepción, evaluación especial en la que no realiza atención abierta, cerrada ni procedimientos y exámenes (situación N°7 médicos, situación N°14 dentistas)***

**ANEXO N° 12**

**ÁREA CLÍNICA**

**ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS**

Período 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2025

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

**I. IDENTIFICACIÓN**

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

**II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL FUNCIONARIO QUE ACREDITA AÑO 2025**

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

**III.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 enel 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 |

**ANEXO N° 13**

**AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO**

**(Todas las profesiones)**

Se acredita mediante la relación cronológica de los cargos, comisiones de servicios y/o encomendación de funciones de responsabilidad cumplidos por el/la profesional funcionario/a en el periodo, para lo cual debe presentar la relación de servicios, resoluciones o decretos correspondientes, emitidos por la autoridad competente. Esto también es válido aun cuando estas últimas no estén consignadas formalmente mediante resoluciones emitidas por los establecimientos del Servicio de Salud, bastando el informe del/la Jefe/a del servicio clínico o de la unidad de apoyo respectiva, o en su defecto, del/la Subdirector/a Médico/a o del/la directora/a del establecimiento.

**CERTIFICADO**

El/la presente Directivo/a que firma (por favor marque una opción):

Subdirector/a médico establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe/a de servicio clínico o unidad de apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director/a de CESFAM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quien suscribe, certifica que el/la profesional funcionario/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tiene la siguiente Relación de los cargos y funciones de responsabilidad ejercidas en el período objeto de acreditación (entre el 01/05/2016 y el 01/05/2025), en el siguiente orden cronológico:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE CARGO** (subdirección jefatura, subjefatura, encargado) | **ESTABLECIMIENTO DONDE LAS REALIZO** | **TIPO DE ESTABLECIMIENTO****(tipo de Hospital, Consultorio, CRS o CDT)** | **PERÍODO EN QUE EFECTUÓ FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD**(en fechas) | **N° Resolución y fecha de documento** | **Uso de la comisión puntaje (meses/ puntaje)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

De acuerdo con los registros que se posee.

Sus funciones de responsabilidad en ese período fueron las siguientes:

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

Se exigirá pruebas documentales como forma de demostrar el cumplimiento de los factores materia de evaluación, tratándose de antecedentes ocurridos dentro de nueve años, contado desde el 01 de mayo de 2016 al 01 de abril de 2025.

COYHAIQUE, NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

**ANEXO N° 14**

**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS**

Período 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2025

**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 repetir firmas y timbres en cada hoja. No se evaluarán los antecedentes si no está firmado por el postulante y el Subdirector Médico)*

**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 deParticipación[[3]](#footnote-3) | ÁmbitoAplicación[[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: ………………………………………………

**ANEXO N° 15**

**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

Período 01 de mayo 2016 al 30 de abril 2025

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 COMISIÓNPuntaje |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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: ………………………………………………………

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)