**POSTULACIÓN ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES FUNCIONARIOS/AS LEY N°19.664 AÑO 2021-2022 (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-2)** | **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** |

**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 (\*\*) |
| 01-05-2012 al 30-05-2013 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2013 al 30-05-2014 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2014 al 30-05-2015 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2015 al 30-05-2016 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2016 al 30-05-2017 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2017 al 30-05-2018 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2018 al 30-05-2019 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2019 al 30-05-2020 |  |  |  |  |  |  |
| 01-05-2020 al 30-05-2021 |  |  |  |  |  |  |

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, 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 2012 AL 30 DE ABRIL 2021

**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° 09**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN SOME**

**CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN CERRADA**

PERÍODO 1 DE MAYO 2012 AL 30 DE ABRIL 2021

**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° 10**

**ÁREA CLÍNICA**

**CERTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES**

PERÍODO 1 DE MAYO 2012 AL 30 DE ABRIL 2021

**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: ………………………………….. |

**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 2012 al 30 de Abril 2021

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

**I. IDENTIFICACIÓN**

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

**II. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL FUNCIONARIO QUE ACREDITA AÑO 2021**

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

**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 01/05/2012 y el 01/05/2021), 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 2012 al 01 de mayo de 2021.

COYHAIQUE, NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

**ANEXO N° 14**

**ÁREA ORGANIZACIONAL**

**RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS**

Período 01 de Mayo 2012 al 30 de Abril 2021

**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-3)** | Nivel de  Participación[[3]](#footnote-4) | Ámbito  Aplicación[[4]](#footnote-5) | Impacto[[5]](#footnote-6) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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 2012 al 30 de Abril 2021

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-7) | Descripción del Reconocimiento[[7]](#footnote-8) | 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: ………………………………………………………

# NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS PRELIMINARES

* Una vez concluido el proceso de evaluación de antecedentes presentados por los/as profesionales funcionarios/as en el proceso de acreditación, la comisión de acreditación emitirá una nómina en la que se ordenan a los/as participantes, según puntaje decreciente, alcanzado en el proceso.
* La nómina se publicará en la Secretaría del Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, además de ser publicadas en la página Web e Intranet del Servicio de Salud Aysén.
* La nómina se entenderá notificada a todos los/as profesionales funcionarios/as participantes del proceso, al segundo día hábil, a contar de la fecha de su publicación.

# APELACIONES

* Los/as profesionales tendrán derecho a apelar ante el/la Director/a del Servicio de Salud, respecto de los puntajes asignados por la comisión de acreditación, dentro del plazo de cinco días hábiles, contados de la fecha de notificación.
* La apelación se presentará de forma personal, mediante correo electrónico, dirigida al/la directora/a del Servicio, velando que se encuentre dentro del plazo estipulado al efecto.

(O personalmente, por escrito, en duplicado, dirigida al/la directora/a del Servicio y se entregará en la Oficina de Partes de la Dirección del Servicio Salud Aysén, donde se colocará timbre y fecha en que recepciona, tanto en el original y como en el duplicado del documento, entregando éste último al/la profesional, como certificación de la apelación, velando que se encuentre dentro del plazo estipulado al efecto).

* La apelación señalará con precisión el factor, subfactor o rubro de cuyo puntaje asignado, apela, y acompañará los documentos y antecedentes en que apoya su reclamación, no pudiendo acompañar antecedentes nuevos que no hayan sido presentados al proceso de acreditación, pero podrá aclarar los antecedentes presentados.
* El Director del Servicio con los antecedentes que el profesional presentó a la comisión, debe pronunciarse en única instancia, respecto de la apelación presentada por el/la profesional, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la apelación.

En caso de que el/la Director/a lo estipule necesario, se recibirá nueva documentación en el proceso de apelación y sólo para efectos clarificadores.

# RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

* Para acreditar, el/la profesional debe alcanzar al menos 600 puntos como puntaje total y dar cumplimiento también a los puntajes mínimos determinados para cada dimensión.
* Con los resultados del proceso de acreditación de cada profesional y de la resolución de las apelaciones si corresponde, la comisión de acreditación emitirá en el plazo previsto en el cronograma, un informe de acreditación, suscrito por el/la presidente/a y secretario/a de la comisión, donde se indicará:
  1. Los/as profesionales que acreditan en orden decreciente de puntaje obtenido.
  2. Los/as profesionales que no acreditan, por no alcanzar los puntajes mínimos establecidos para cada una de las Áreas.
* Secretario/a ejecutivo de la comisión, remitirá este informe de acreditación al/la Director/a del Servicio, para su sanción mediante la dictación de la Resolución que establecerá el nivel de experiencia calificada que alcanza el/la profesional una vez aprobado el proceso de acreditación.
* Para determinar el orden de priorización de los/as profesionales funcionarios/as que acreditan, primará el puntaje total de acreditación alcanzado por cada uno de ellos; en caso de empate, se dirimirá según puntaje obtenido en: la Dimensión Clínica, Técnica y Organizacional. En caso que el empate persista, la comisión procederá a efectuar un sorteo.

# EFECTOS DE LA ACREDITACIÓN

* Los/as profesionales que aprueben la acreditación accederán en todos sus cargos, al nivel inmediatamente siguiente, siempre que exista cupo financiero para ello, lo que deberá ser reconocido por resolución del/la Director/a del Servicio de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley Nº 19.664, a contar de cuya fecha, percibirán la asignación de experiencia calificada en el nivel obtenido en el proceso de acreditación.
* De no existir cupo financiero, pasarán a integrar, por orden de precedencia, según el proceso en que resultaron acreditados, una nómina por profesión que para estos efectos llevará el Servicio, en espera de cupo financiero para estos casos. El nuevo monto del beneficio se pagará sólo desde que se genere dicho cupo financiero, en la forma prevista en el inciso tercero del artículo 32 de la Ley Nº 19664, no obstante, lo anterior, el/la profesional funcionario/a se entenderá como acreditado.
* Respecto de los/as profesionales acreditados en distintos procesos primará la fecha del proceso de acreditación más antiguo, para acceder al nivel siguiente.
* Los/as profesionales que no aprueben la acreditación a que deban someterse, mantendrán su(s) cargo(s) y el nivel en que se encontraren, pero deberán presentar anualmente sus antecedentes para nuevas acreditaciones.
* A los/as profesionales titulares o contratados que hubieren aprobado la acreditación en un Servicio de Salud y postulen a otro cargo en el mismo u otro Servicio de Salud, se les considerará favorablemente dicho antecedente en el respectivo concurso.

# PAGO

La asignación de experiencia calificada se pagará mensualmente, a contar del mes siguiente al de la total tramitación de la resolución que conceda el pago (cuando exista cupo financiero). Esta asignación tendrá carácter de imponible para fines de previsión y salud, no se encuentra afecta a la limitación máxima de rentas establecida en el inciso final del artículo 11 de la Ley N°15.076, y se reajustará en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajustan las remuneraciones del sector público.

Corresponderá su pago en los porcentajes calculados sobre el sueldo base en la siguiente forma:

Nivel II 82%

Nivel III 102%

# PROCESO DE ACREDITACIÓN PERIODO 2021

Las presentes bases tendrán vigencia en el proceso de acreditación de los/as profesionales funcionarios/as, que corresponde al periodo 2021.

# PROCESO DE ACREDITACIÓN PERIODO 2022

Las presentes bases deberán ser refundidas, refrendadas y sistematizadas para tener vigencia en el proceso de acreditación de los/as profesionales funcionarios/as, que corresponde al periodo 2022.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

|  |
| --- |
| **SR. ALEJANDRO MAURICIO CORTÉS MOLINA** |
| **DIRECTOR (S) SERVICIO SALUD AYSÉN** |

**SR. AMCM / NMP / NOC / BAV / bav**

DISTRIBUCIÓN:

* Dirección de Servicio Salud Aysén
* Subdirección de Gestión Asistencial SSA
* Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas SSA
* Hospital Regional de Coyhaique
* Hospital de Puerto Aysén
* CGU Dr. Alejandro Gutiérrez
* CGU Víctor Domingo Silva
* Sección de Personal SSA
* Sección Remuneraciones SSA
* Subdepartamento de Capacitación y Desarrollo SSA
* Sección de Análisis, Reclutamiento y Selección SSA
* Sección de Planificación y Control de Gestión de RRHH, SSA
* Colegio Médico de Chile, Región Coyhaique
* Colegio de Dentistas, Región de Aysén
* Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A. G
* Oficina de Partes

1. Identificar Docencia en: Seminarios, Clases, Charlas en Reuniones Clínicas, Puestas al Día, Actualización de Normativas Clínicas u otras. [↑](#footnote-ref-2)
2. Considerar realización de consultorías, asesorías técnicas patologías GES, contratación unidades internas, coordinación Red Asistencial, consultorías Primaria, entre otras. [↑](#footnote-ref-3)
3. Indicar si la actividad fue “I” Individual, “C” Colectiva. [↑](#footnote-ref-4)
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-5)
5. Indicar si el Impacto del Aporte fue Alto o Mediano [↑](#footnote-ref-6)
6. Indicar N° Oficio, N° Resolución, Carta, Memorándum, Diploma, Etc. [↑](#footnote-ref-7)
7. Considerar: Desempeño Destacado y Participación en Comisiones o Comités [↑](#footnote-ref-8)