

FORMULARIO DE POSTULACION PROCESO ACREDITACION PROFESIONALES FUNCIONARIOS LEY N° 19.664 (MÉDICOS CIRUJANOS)

1. IDENTIFICACION DEL POSTULANTE

NOMBRE COMPLETO	
RUN	
DOMICILIO	
TELÉFONO FIJO	
TELÉFONO MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	
ESTABLECIMIENTO	
UNIDAD DE TRABAJO	

2. IDENTIFICACION DEL NIVEL QUE ACTUALMENTE POSEE Y TIPO DE POSTULACIÓN

PLANTA SUPERIOR	
NIVEL I	NIVEL II

TIPO DE POSTULACIÓN	
OBLIGATORIA	EXCELENCIA*

*Para la acreditación por excelencia debe cumplir los siguientes requisitos:

- Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo (2016-2020).
- Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período (2016-2020).
- Contar con la opinión favorable del Subdirector Médico del establecimiento y la del jefe del Servicio Clínico y Unidad de Apoyo que corresponda, fundada en desarrollo profesional destacado, excelencia en el desempeño y aporte a la organización por parte del profesional (adjuntar respaldo).
- Manifestar mediante presentación escrita al director del Servicio de Salud Arica, su voluntad de someterse a acreditación (adjuntar copia con timbre de recepción de oficina de partes).

En el caso que el postulante sea por excelencia el plazo a evaluar de las actividades realizadas será desde el 01/05/2016 al 30/04/2021.

NOTAS:

- En el contexto de la pandemia Covid-19 todo el envío de información, ya sea notificaciones, resultados preliminares, resolución de apelaciones, resultados finales, etc., serán por medio del correo electrónico informado en el recuadro "Identificación del postulante", este será el medio de comunicación oficial entre los postulantes y la comisión, es por esto que se hace necesario que el correo indicado esté actualizado y sea verídico, siendo revisado periódicamente por el postulante.
- La documentación debe ser entregada en orden cronológico (formularios, certificados y respaldos) de forma física en la Subdirección de Recursos Humanos de la Dirección del Servicio de Salud Arica o en el SCR. Personal del Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani en el plazo que establezca el cronograma del proceso.
- Debe detallarse el listado de los documentos entregados, como respaldo de los antecedentes en carpeta.
- Los antecedentes podrán ser copias autorizadas ante notario o fotocopias simples de los mismos.
- Ocupar una segunda hoja o más si las actividades detalladas exceden el interlineado propuesto.
- Importante:** En el caso que los formularios N° 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 no se presenten con la firma de la respectiva jefatura, estos no se revisarán, contabilizando 0 puntos.

RESUMEN DOCUMENTOS QUE ENTREGA EL PROFESIONAL FUNCIONARIO (MÉDICOS CIRUJANOS)

Debe ser entregado en duplicado, y firmado por el interesado.
Una copia queda en la postulación, la otra se entrega revisada al postulante.

ÁREA	NÚMERO DE FORMULARIO	FACTOR	TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS	REVISIÓN (Uso Interno)
TECNICA	1	CAPACITACIÓN		
	2	PERFECCIONAMIENTO		
	3	ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA		
	4	ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA		
	5	LABOR DOCENTE		
	6	LABOR DE INVESTIGACIÓN		
	7	RECONOCIMIENTO ACADÉMICO		
CLÍNICA	8	ASPECTOS CUANTITATIVOS ATENCIÓN ABIERTA		
	9	ASPECTOS CUALITATIVOS ATENCIÓN ABIERTA		
	10	ASPECTOS CUANTITATIVOS ATENCIÓN CERRADA		
	11	ASPECTOS CUALITATIVOS ATENCIÓN CERRADA		
	12	ASPECTOS CUANTITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES		
	13	ASPECTOS CUALITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES		
	14	ASPECTOS CUALITATIVOS ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS		
ORGANIZ.	15	RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO		
	16	RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS		
	17	RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES		
TOTAL ANTECEDENTES PRESENTADOS				

FIRMA POSTULANTE

FIRMA RECEPCIONISTA DE LOS
ANTECEDENTES

1.- AREA TÉCNICA – CAPACITACIÓN

(Actividades de hasta 159 horas cronológicas de duración)

(MÉDICOS CIRUJANOS)

Las actividades de Capacitación se acreditarán mediante una relación cronológica y pormenorizada de éstas, realizada por el profesional funcionario en el período objeto de evaluación, acompañada de las respectivas certificaciones o relación de actividades, cuyo certificado es entregado por las áreas de capacitación. Los certificados con horas pedagógicas serán convertidos a horas cronológicas, siendo la conversión 1 hora pedagógica equivale a 0,75 hora cronológica, en el caso de que no se especificará el tipo de hora estas se considerarán como horas cronológicas.

[illegible]

2.- AREA TÉCNICA – PERFECCIONAMIENTO

(Actividades no inferior a 160 horas ni superior a 1920 horas cronológicas de duración)

(MÉDICOS CIRUJANOS)

Las actividades de Perfeccionamiento se acreditarán mediante una relación cronológica y pormenorizada de éstas, realizada por el profesional funcionario en el período objeto de evaluación, acompañada de las respectivas certificaciones o relación de actividades, cuyo certificado es entregado por las áreas de capacitación. Los certificados con horas pedagógicas serán convertidos a horas cronológicas, siendo la conversión 1 hora pedagógica equivale a 0,75 hora cronológica, en el caso de que no se especificará el tipo de hora estas se considerarán como horas cronológicas.

NOMBRE CURSO	INSTITUCION FORMADORA	Nº HRS	FECHA EFECTUADA	EVALUACION		USO COMISIÓN
				SI	NO	PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE						

3.- AREA TÉCNICA – ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA (MÉDICOS CIRUJANOS)

NOMBRE ESPECIALIZACIÓN Y/O SUBESPECIALIZACIÓN	INSTITUCION FORMADORA	FECHA EFECTUADA	USO COMISIÓN
			PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE			

Notas:

- *Se debe adjuntar certificado Superintendencia de Salud de la especialización y/o subespecialización acreditada.
- *Según las bases del proceso en el caso de poseer más de una especialización o subespecialización (ya sea acreditadas o por experiencia) se contabilizará una sola de cada especialidad o subespecialidad.
- *Se consideran las especialidades y subespecialidades terminadas durante el período de evaluación o anterior a este.



4.- AREA TÉCNICA – ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA (MÉDICOS CIRUJANOS)

CERTIFICADO

El Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____,

D. _____ del establecimiento

_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional

funcionario _____,

ha efectuado la ☐ Especialidad o ☐ Subespecialidad (marcar lo que corresponde)

de _____ durante un periodo de al menos _____ años ininterrumpidamente,

(mínimo cuatro años) en virtud de un contrato de _____ hrs semanales (a lo menos deben ser 22 hrs.

semanales).

NOMBRE Y FIRMA JEFE DE SERVICIO
CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

ARICA, FECHA: _____

USO COMISIÓN
PUNTAJE OBTENIDO

Notas:

*Según las bases del proceso en el caso de poseer más de una especialización o subespecialización (ya sea acreditadas o por experiencia) se contabilizará una sola de cada especialidad o subespecialidad.

*La Especialización o Subespecialización por experiencia se considera adquirida como resultado del ejercicio de la especialidad o subespecialidad respectiva, en virtud de un contrato de a lo menos 22 horas semanales durante un período mínimo de cuatro años continuos.

5.- AREA TÉCNICA – LABOR DOCENTE (MÉDICOS CIRUJANOS)

La labor docente se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades docentes realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario y en representación del Servicio de Salud, dichas actividades deberán ser acreditadas y además autorizadas por la jefatura directa u otra autoridad del Servicio de Salud Arica. Los documentos de respaldo identificarán las actividades realizadas indicándose si se trata de seminarios, clases, charlas en reuniones clínicas, puestas al día, actualizaciones de normativas clínicas u otras, y la institución donde se realizó. **No se considerarán los certificados que no den cuenta que la labor docente realizada haya sido en calidad de funcionario y/o en representación del Servicio de Salud Arica o sus establecimientos dependientes.**

TIPO DE DOCENCIA	INSTITUCION DONDE SE REALIZÓ	FECHA EFECTUADA	USO COMISIÓN
			PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE			

6.- AREA TÉCNICA – LABOR DE INVESTIGACIÓN (MÉDICOS CIRUJANOS)

La labor de investigación se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades realizadas en el período objeto de la evaluación, en calidad de funcionario del Servicio de Salud. En el caso de investigaciones clínicas o aplicadas, se identificarán estas con precisión, indicándose además su importancia en el ámbito laboral, clínico, técnico u organizacional, con independencia del medio a través del que hayan sido difundidas y se demostrarán mediante las publicaciones o informes correspondientes.

NOMBRE INVESTIGACIÓN	INSTITUCION DONDE SE REALIZÓ	FECHA EFECTUADA	ÁMBITO DE IMPORTANCIA (LABORAL, CLÍNICO, TÉCNICO, ORGANIZACIONAL)	TIPO DE PARTICIPACIÓN (AUTOR, COAUTOR O COLABORADOR)

USO COMISIÓN		
TIPO DE PARTICIPACIÓN	TOTAL INVESTIGACIONES REALIZADAS	PUNTAJE
AUTOR		
COAUTOR		
COLABORADOR		
TOTAL PUNTAJE		

7.- AREA TÉCNICA – RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (MÉDICOS CIRUJANOS)

El reconocimiento académico se acreditará con la presentación de reconocimientos formales que en el ejercicio de las tareas académicas como docente, alumno o investigador, haya recibido el profesional en el período de evaluación, a través de diplomas, certificados, distinciones u otros emitidos por la autoridad respectiva, tanto de Instituciones públicas como privadas.

DETALLE RECONOCIMIENTO	LABORES QUE EFECTUABA CUANDO RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO (DOCENTE, ALUMNO O INVESTIGADOR)	FECHA EN QUE LO RECIBIÓ

Nota: En este factor se deben adjuntar copia de los diplomas, certificados u otros reconocimientos emitidos por la autoridad respectiva.

USO COMISIÓN
PUNTAJE OBTENIDO

8.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS

ATENCIÓN ABIERTA (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cuantitativo, se considerarán indicadores tales como consultas generales y de especialidad atendidas por el profesional y su relación con las horas semanales dedicadas a ello y el porcentaje de cumplimiento de lo programado, en función de la jornada contratada

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

☐ Subdirector Médico Establecimiento _____

☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en la Atención Abierta con relación a lo
programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

POR AÑO A ACREDITAR (*)	UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)	USO COMISIÓN
			PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012			
01/01/2013 – 31/12/2013			
01/01/2014 – 31/12/2014			
01/01/2015 – 31/12/2015			
01/01/2016 – 31/12/2016			
01/01/2017 – 31/12/2017			
01/01/2018 – 31/12/2018			
01/01/2019 – 31/12/2019			
01/01/2020 – 31/12/2020			
01/01/2021 – 30/04/2021			
TOTAL PUNTAJE			

(*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información.

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de _____, responsable del registro de la información del establecimiento.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

9.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS

ATENCIÓN ABIERTA (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cualitativo se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional tales como relación médico-paciente, existencia de reclamos y/o felicitaciones, calidad técnica de la atención, medidas disciplinarias y/o anotaciones de mérito o demérito, entre otras.

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

☐ Subdirector Médico Establecimiento _____

☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso de
acreditación del profesional. Por favor marque una "X" para cada año:

AÑO A ACREDITAR	EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL					USO COMISIÓN
	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MENOS QUE REGULAR O MALO	PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012						
01/01/2013 – 31/12/2013						
01/01/2014 – 31/12/2014						
01/01/2015 – 31/12/2015						
01/01/2016 – 31/12/2016						
01/01/2017 – 31/12/2017						
01/01/2018 – 31/12/2018						
01/01/2019 – 31/12/2019						
01/01/2020 – 31/12/2020						
01/01/2021 – 30/04/2021						
TOTAL PUNTAJE						

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

10.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS

ATENCIÓN CERRADA (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cuantitativo, se considerarán indicadores tales como el número de camas bajo su manejo directo en cada año, el número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, partos, anestесias u otros y su relación con el número de horas semanales dedicadas a ello y el cumplimiento de lo programado en cada caso, en función de la jornada contratada.

CERTIFICADO

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

- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en la Atención Cerrada con relación a lo
programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

POR AÑO A ACREDITAR (*)	UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)	USO COMISIÓN
			PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012			
01/01/2013 – 31/12/2013			
01/01/2014 – 31/12/2014			
01/01/2015 – 31/12/2015			
01/01/2016 – 31/12/2016			
01/01/2017 – 31/12/2017			
01/01/2018 – 31/12/2018			
01/01/2019 – 31/12/2019			
01/01/2020 – 31/12/2020			
01/01/2021 – 30/04/2021			
TOTAL PUNTAJE			

(*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de _____, responsable del registro de la información del establecimiento.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

11.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS

ATENCIÓN CERRADA (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cualitativo se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional tales como relación médico-paciente, existencia de reclamos y/o felicitaciones, calidad técnica de la atención, medidas disciplinarias y/o anotaciones de mérito o demérito, entre otras.

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

☐ Subdirector Médico Establecimiento _____

☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso de
acreditación del profesional. Por favor marque una "X" para cada año:

AÑO A ACREDITAR	EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL					USO COMISIÓN
	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MENOS QUE REGULAR O MALO	PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012						
01/01/2013 – 31/12/2013						
01/01/2014 – 31/12/2014						
01/01/2015 – 31/12/2015						
01/01/2016 – 31/12/2016						
01/01/2017 – 31/12/2017						
01/01/2018 – 31/12/2018						
01/01/2019 – 31/12/2019						
01/01/2020 – 31/12/2020						
01/01/2021 – 30/04/2021						
TOTAL PUNTAJE						

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

12.- AREA CLINICA – ASPECTOS CUANTITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cuantitativo, se considerarán indicadores tales como el número de exámenes o procedimientos realizados y su relación con el número de horas semanales dedicadas a ello y el cumplimiento de lo programado en cada caso, en función de la jornada contratada.

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

☐ Subdirector Médico Establecimiento _____

☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, tuvo el siguiente nivel de cumplimiento en Procedimientos y Exámenes con relación a
lo programado, en los siguientes años del proceso de acreditación del profesional:

POR AÑO A ACREDITAR (*)	UNIDAD EN QUE SE DESEMPEÑÓ EL PROFESIONAL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN (EN %)	USO COMISIÓN
			PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012			
01/01/2013 – 31/12/2013			
01/01/2014 – 31/12/2014			
01/01/2015 – 31/12/2015			
01/01/2016 – 31/12/2016			
01/01/2017 – 31/12/2017			
01/01/2018 – 31/12/2018			
01/01/2019 – 31/12/2019			
01/01/2020 – 31/12/2020			
01/01/2021 – 30/04/2021			
TOTAL PUNTAJE			

(*) En los nueve últimos años se debe agregar certificado de la unidad responsable del registro de la información

De acuerdo con los registros que se posee, y lo señalado por la Unidad de _____, responsable del registro de la información del establecimiento.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

13.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES (MÉDICOS CIRUJANOS)

En relación con el aspecto cualitativo se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional tales como relación médico-paciente, existencia de reclamos y/o felicitaciones, calidad técnica de la atención, medidas disciplinarias y/o anotaciones de mérito o demérito, entre otras.

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____

☐ Subdirector Médico Establecimiento _____

☐ Director del Establecimiento _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, actuó con el siguiente nivel de Calidad de sus servicios, en los años del proceso de
acreditación del profesional. Por favor marque una "X" para cada año:

AÑO A ACREDITAR	EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL					USO COMISIÓN
	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MENOS QUE REGULAR O MALO	PUNTAJE
01/05/2012 – 31/12/2012						
01/01/2013 – 31/12/2013						
01/01/2014 – 31/12/2014						
01/01/2015 – 31/12/2015						
01/01/2016 – 31/12/2016						
01/01/2017 – 31/12/2017						
01/01/2018 – 31/12/2018						
01/01/2019 – 31/12/2019						
01/01/2020 – 31/12/2020						
01/01/2021 – 30/04/2021						
TOTAL PUNTAJE						

Comentarios del jefe directo para respaldar su decisión:

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

14.- AREA CLINICA - ASPECTOS CUALITATIVOS

ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS (MÉDICOS CIRUJANOS)

Se entenderá por situación crítica lo siguiente: Emergencias Sanitarias, Apoyo clínico a otras instituciones, Campañas sanitarias extraordinarias, Urgencias clínicas, Atención de pacientes especiales (para actividad quirúrgica en pacientes de riesgo) y Otras que determine la comisión de acreditación o el Jefe Superior de Servicio. Además del informe fundado el profesional deberá presentar algún respaldo que certifique dicha actuación, respaldo que debe haber sido confeccionado dentro del período a evaluar como lo pueden ser anotaciones de mérito, memorándums, oficios u otro tipo de antecedente.

CERTIFICADO

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

- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Director del Establecimiento _____
- ☐ Otro (Especificar) _____

D. _____ del establecimiento
_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, quien tiene asignadas
_____ horas semanales, durante el período objeto de acreditación participó en las siguientes Situaciones
Críticas (se recuerda ordenar por orden cronológico):

Fecha o período de la Situación	Tipo de Situación Crítica (detallar el tipo de situación y las actividades que realizó el profesional)	USO COMISIÓN
		PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE		

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

**15.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO
(MÉDICOS CIRUJANOS)**

Se debe acreditar mediante la relación cronológica de los cargos, comisiones de servicios y/o encomendación de funciones de responsabilidad cumplidos por el profesional funcionario en el periodo objeto de evaluación, con independencia de su calidad jurídica, para lo cual debe presentar la relación de servicios, resoluciones o decretos correspondientes, emitidos por la autoridad competente. Dichas funciones se considerarán aun cuando no estén consignadas formalmente en la reglamentación orgánica que rija al establecimiento.

CERTIFICADO

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

☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____☐ Subdirector Médico Establecimiento☐ Director del Establecimiento

D _____ del _____ establecimiento _____
 _____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
 funcionario _____, tiene la siguiente
 Relación de los Cargos y Funciones de Responsabilidad Ejercidas en el período objeto de acreditación, en el
 siguiente orden cronológico:

[illegible]

TIPO DE CARGO (DIRECTOR, SUBDIRECTOR, JEFATURA, DIRECTOR TÉCNICO, ENCARGADO)	ESTABLECIMIENTO Y UNIDAD DONDE LO REALIZÓ	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO	USO COMISIÓN
				PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE				

De acuerdo con los registros que se posee.

Sus funciones de responsabilidad en ese período fueron las siguientes:

Nota: Se exigirá pruebas documentales como forma de demostrar el cumplimiento de los factores materia de evaluación, tratándose de antecedentes ocurridos dentro del período a evaluar, aquellos certificados que no indiquen fecha de inicio y/o de término no se computarán.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

16.- AREA ORGANIZACIONAL – RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS (MÉDICOS CIRUJANOS)

Se acreditará mediante la relación cronológica y pormenorizada de los aportes realizados en el ámbito clínico o administrativo, impulsados por el profesional en el período a evaluar, ya sea en forma individual o en conjunto con otros profesionales, que hayan tenido por resultado mejorías en la cantidad o calidad de los servicios proporcionados a la población usuaria.

CERTIFICADO

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

- ☐ Jefe de Servicio Clínico o Unidad de Apoyo _____
- ☐ Subdirector Médico Establecimiento _____
- ☐ Director del Establecimiento _____
- ☐ Otro (Especificar) _____

D. _____ del _____ establecimiento

_____ quien suscribe, certifica que el/la profesional
funcionario _____, tiene la siguiente

Relación de Aportes Realizados en el período objeto de acreditación, en el siguiente orden cronológico:

DESCRIPCIÓN DEL APOORTE	TIPO DE APOORTE (Individual o colectivo)	NIVEL DE LA CONTRIBUCIÓN (Sólo si el aporte es colectivo: Alta, Mediana o Baja)	ÁMBITO DE APLICACIÓN (Nacional/Regional o Local)	FECHA DEL APOORTE	USO COMISIÓN
					PUNTAJE
TOTAL PUNTAJE					

De acuerdo con los registros que se posee.

NOMBRE Y FIRMA DIRECTIVO

ARICA, FECHA: _____

Nota: Este certificado deberá ir acompañado de algún acto administrativo, respaldo que debe haber sido confeccionado dentro del período a evaluar, como por ejemplo una Encomendación de Funciones, Comisiones, Anotación de Mérito, etc. Se excluyen de esta evaluación las actividades de Investigación y Docencia, las que deben ser evaluadas en el área técnica.

17.- AREA ORGANIZACIONAL – RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES (MÉDICOS CIRUJANOS)

Se acreditará mediante la relación cronológica de los reconocimientos recibidos por el profesional en el período a evaluar, ya sea por desempeño destacado, por labor en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento. Se incluirá la participación en instancias formales de actividades del Ministerio de Salud o de los organismos relacionados con él, tales como: comisiones o comités de capacitación, acreditación, concursos, calificaciones, ética, infecciones intrahospitalarias, u otras semejantes, incluyendo participación funcionaria o gremial. Deberá presentar los documentos formales que acrediten los reconocimientos recibidos, en los años en evaluación.

TIPO DE RECONOCIMIENTO	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL RECONOCIMIENTO	ORGANISMO QUE LA OTORGÓ	USO COMISIÓN
			PUNTAJE

PARTICIPACIÓN EN COMISIONES, COMITÉS, ACREDITACIONES, CONCURSOS, CALIFICACIONES, ÉTICA , IAS U OTRAS SEMEJANTES	PERÍODO DESDE/HASTA	ORGANISMO	USO COMISIÓN
			PUNTAJE

USO COMISIÓN
PUNTAJE OBTENIDO

Nota: Se asignará puntaje en los reconocimientos recibidos cuando sean como consecuencia o con ocasión de su desempeño destacado en el Servicio de Salud acreditado con anotación de mérito.

RESUMEN PUNTAJE (USO COMITÉ) (MÉDICOS CIRUJANOS)

NOMBRE	RUT	NIVEL ACTUAL

ÁREA	FOR.	FACTOR	PUNTAJE MÁXIMO	PUNTAJE MÍNIMO	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE FINAL
TÉCNICA	1	CAPACITACIÓN	250	-		
	2	PERFECCIONAMIENTO				
	3	ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN ACREDITADA				
	4	ESPECIALIZACIÓN Y SUBESPECIALIZACIÓN POR EXPERIENCIA				
	5	LABOR DOCENTE	100	-		
	6	LABOR DE INVESTIGACIÓN				
	7	RECONOCIMIENTO ACADÉMICO	50	-		
	-	TOTAL ÁREA TÉCNICA	400	*200		
CLÍNICA	8	ASPECTOS CUANTITATIVOS ATENCIÓN ABIERTA	80	-		
	9	ASPECTOS CUALITATIVOS ATENCIÓN ABIERTA	50	-		
	10	ASPECTOS CUANTITATIVOS ATENCIÓN CERRADA	50	-		
	11	ASPECTOS CUALITATIVOS ATENCIÓN CERRADA	50	-		
	12	ASPECTOS CUANTITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES	50	-		
	13	ASPECTOS CUALITATIVOS PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES	50	-		
	14	ASPECTOS CUALITATIVOS ACTUACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS	70	-		
	-	TOTAL ÁREA CLÍNICA	400	*200		
ORGANIZ.	15	RELACIÓN DE LOS CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD EJERCIDAS EN EL PERÍODO	100	-		
	16	RELACIÓN DE APORTES REALIZADOS	50	-		
	17	RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	50	-		
	-	TOTAL ÁREA ORGANIZACIONAL	200	*100		
TOTAL PUNTAJE			1000	*600		

***EL PUNTAJE MÍNIMO PARA ACREDITAR EXPERIENCIA CALIFICADA ES DE 600 PUNTOS Y EL PUNTAJE MÍNIMO EN LAS ÁREAS TÉCNICA, CLÍNICA Y ORGANIZACIONAL ES DE 200, 200 Y 100 PUNTOS RESPECTIVAMENTE.**

FIRMA PRESIDENTE COMISIÓN DE
ACREDITACIÓN MÉDICA

FIRMA SECRETARIO EJECUTIVO COMISIÓN
DE ACREDITACIÓN MÉDICA

OBSERVACIONES:

•