



SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO
DEPTO. GESTION Y CONTROL DE PERSONAS
JRV/RGH/MCV/seb

TALCAHUANO, 03 JUL 2024

VISTOS: Lo dispuesto en los artículos 18° y 32° de la Ley N°19.664 sobre acreditación de profesionales funcionarios, el Decreto N°128/04 del MINSAL, la Resolución N°6 del 2019 de la Contraloría General de la República, D.S. de Salud N°140/04 y Decreto Afecto N°18/2023 que nombra al Director del Servicio de Salud Talcahuano, es que vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCION EXENTA N° **1486**

1° APRUEBASE las Bases Administrativas de Acreditación de la Ley 19.664, para los profesionales funcionarios del Servicio de Salud Talcahuano, correspondiente al año 2021, la que se encuentra adjunta y pasa a formar parte integrante e inseparable de la presente resolución.

“ANÓTESE Y COMUNÍQUESE”

Distribución:

02/07/2024

- *Subdirección Gestión Asistencial
- *Subdirección de las Personas
- * Depto. Gestión y Control de Personas.
- * Hosp. Las Higueras.
- * Hosp. Tomé.
- * Hosp. Penco Lirquén.
- * CESFAM Lirquén
- * Oficina de Partes.



Firmado por Jorge WASHINGTON RAMOS VARGAS
Fecha 03/07/2024 17:13:13 CLT

PUEDA VALIDAR ESTE DOCUMENTO CON EL SIGUIENTE CODIGO:249640-30159
EN LA SIGUIENTE URL: https://sstalcahuano.cl/validador_panel

ANTECEDENTES GENERALES

1.1.- FUENTES LEGALES

Las Bases del proceso de acreditación para los profesionales del **Servicio de Salud de Talcahuano** se regirán por las siguientes normas legales:

- Artículos 16° al 22° de Ley N° 19.664 de 2000.
- D.S. N° 128 de 2004, Reglamento sobre Sistema de Acreditación de los profesionales funcionarios en los Servicios de Salud, modificado por el D. 17/27-03-2009.
- D.S. N° 752 de 2000, Reglamento sobre actividades de Capacitación de los profesionales funcionarios.
- D.S. N° 32, 2001, Reglamento sobre acceso y condiciones de permanencia en programas de perfeccionamiento a que se refiere la Ley N° 19.664.
- DS N° 91 de 2001, Reglamento sobre condiciones de permanencia en programas de especialización a que se refiere la Ley 19.664.

Asimismo, se regirán por las disposiciones específicas contenidas en el presente documento.

1.2.- DEFINICIONES

- Actividades formales de capacitación:** aquellas que se encuentran respaldadas en un programa de formación, perfeccionamiento o capacitación conforme a la Ley N°15.076, al artículo 46 de la ley 19.664 o a las disposiciones del decreto supremo del Ministerio de Salud N° 752 de 2000, que tienen una duración **no superior a 160 horas cronológicas**, cada una;
- Otras Actividades de capacitación:** toda otra actividad realizada en carácter de voluntaria por el interesado, debidamente certificada, independiente de su duración.
- Bases del Proceso de Acreditación o Bases:** documento con normas específicas de evaluación y de procedimientos, aprobado mediante resolución del Director de Servicio de Salud de Talcahuano, con estricta sujeción a las normas establecidas en el reglamento D.S. N° 128/04;
- Instituciones que certifican actividades de capacitación, labor docente y reconocimiento académico:** Universidades, Institutos y Centros de Formación nacionales o extranjeros; Sociedades Científicas, nacionales o internacionales, organizaciones nacionales e internacionales y Servicios de Salud;
- Áreas:** cada uno de los aspectos generales en que serán evaluados los logros profesionales mediante el sistema de acreditación, a saber: Área técnica, Área clínica y Área organizacional;
- Factores:** cada uno de los aspectos específicos que, dentro de una Área determinada, deben ser evaluados en base a un sistema de puntuación que será definido en las Bases respectivas. En todo caso, las actividades que permitan acreditar un factor determinado no podrán utilizarse además para acreditar otro, sea dentro de la misma Área o en otra distinta;
- Parámetros:** factores que en su conjunto permiten evaluar los logros específicos del profesional en cada área;
- Puntaje:** valor otorgado a cada Área y factor dentro del proceso de evaluación;
- Establecimiento (s):** las siguientes dependencias de los Servicios de Salud: Dirección de Servicio, Hospitales, Institutos, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Centros de Referencia de Salud, Dirección de Atención Primaria,

Consultorios y Postas Rurales, en concordancia con lo establecido en el D.F.L. N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud.

- j) **Profesionales:** los profesionales funcionarios referidos en el artículo 1 de la Ley N° 19.664, que están sujetos del Sistema de Acreditación.
- k) **Período de Evaluación Obligados:** Comprende el período **01 de enero 2013 al 31 diciembre 2021**
- l) **Actividades de perfeccionamiento:** Consiste en actividades destinadas al desarrollo de competencias en áreas vinculadas al desempeño del profesional funcionario, **de una duración no inferior a 160 horas ni superior a 1.920 horas cronológicas cada una**, reglamentadas por el DS N° 32 de 2001 del Ministerio de Salud.
- m) **Especialización y subspecialización:** consiste en un conjunto de actividades curriculares destinada a la formación de especialistas en las distintas Áreas del conocimiento de las profesiones indicadas por la ley y no podrán tener en forma continuada o por acumulación de períodos discontinuos una duración inferior a un año ni superior a tres, reglamentadas por el DS N° 91 de 2001 del Ministerio de Salud.
- n) **Prórroga:** Entiéndase como la continuidad en el empleo a contrata, regido por la ley N° 19.664, sin disolución de vínculo. No será afectada por las modificaciones horarias.

2.- PROFESIONALES LLAMADOS A ACREDITAR

2.1.- PROFESIONALES OBLIGADOS A PRESENTAR ANTECEDENTES

- Todos los profesionales funcionarios que ocupen cargos en calidad de **titular y/o contrata** en la Etapa de Planta Superior niveles I y II y estar cursando el noveno año o más **al 31 de diciembre 2021**, de permanencia en el cargo (cargo/horas) de planta en el respectivo nivel. Y profesionales funcionarios **contratados** en la Etapa de Planta Superior de los Niveles I y II, cuyos contratos hayan sido prorrogados en el mismo empleo y Servicio, **sin solución de continuidad**, por un lapso mínimo de nueve años.
- El Subdirector/a Médico/a del Servicio de Salud dispondrá la confección de una nómina de todos los profesionales funcionarios titulares y contratados de los Niveles I y II que les corresponda presentar obligatoriamente sus antecedentes para acreditar, según fecha establecida en el Cronograma.
- **A quienes no cumplieran esta obligación, se les declarará vacante el cargo dentro de los quince días hábiles siguientes, a contar de la fecha de cierre de la recepción de antecedentes (Art. 16° de la Ley 19.664 y Art. 4° DS 128/05).**

2.2.- PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESENTAR VOLUNTARIAMENTE ANTECEDENTES

2.2.1.- Podrán participar voluntariamente aquellos profesionales que conserven la propiedad de sus cargos al asumir otro incompatible (entiéndase como cargo vacante en suplencia), siempre que tal circunstancia no sea superior a un año, de forma acumulativa, ya sea en períodos continuos o discontinuos en el período de evaluación. Los efectos de esta acreditación se registrarán por las normas generales.

2.2.2.- Acreditación por excelencia: Podrán acreditar voluntariamente aquellos profesionales que tengan **cinco años o más**, al 31 de diciembre 2021, de permanencia en un cargo (cargo/horas) de planta o un empleo a contrata, Niveles I ó II, **que cumplan con todos los requisitos señalados a continuación:**

- a) Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo.
- b) Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período.
- c) Contar con la opinión favorable del Subdirector Médico del establecimiento o quien haga sus veces, la del Jefe del Servicio Clínico y/o Unidad de Apoyo que corresponda, fundada en desarrollo profesional destacado, excelencia en el desempeño y aporte a la organización por parte del profesional. Esto certificado mediante informe fundado.
- d) Manifestar mediante presentación escrita al director del Servicio de Salud, su voluntad de someterse a acreditación en la oportunidad establecida en estas Bases.

Para quienes acrediten por excelencia, este proceso de acreditación les servirá en la medida que existan cupos financieros como para que puedan acceder a un nivel superior de su respectivo cargo, y también para los efectos en que deban cumplir obligatoriamente con su proceso de acreditación, en que se entenderá como aprobado este proceso.

- Los profesionales funcionarios que opten por acreditar por excelencia, deberán manifestar por escrito al Director de Servicio su voluntad de someterse a acreditación, entre las fechas del 08 al 12 de julio.
- El 15 de julio, se publicará nómina del Servicio de Salud, con aquellos profesionales que deben realizar este proceso obligatoriamente y los que quieran presentarse de manera voluntaria (acreditación por excelencia).
- El periodo a evaluar de los **voluntarios** será desde;
 - ✓ **01/01/2016 al 31/12/2021 si cumplen con más de 5 años y hasta 6 años,**
 - ✓ **01/01/2015 al 31/12/2021 si cumplen más de 6 años y hasta 7 años, y**
 - ✓ **01/01/2014 al 31/12/2021 si cumplen más de 7 y hasta 8 años,** por lo tanto, la información que deberá aportar a la Comisión en base a los rubros y sub rubros a evaluar será en relación a las actividades desarrollada en dicho período

3. CRONOGRAMA

| ETAPAS | DE | HASTA |
|---|--|--------------|
| Envío de Proyectos de Bases a los Colegios. (4 días para responder) | Miércoles 26 de junio , respuesta a más tardar 02 de julio | |
| Listado de postulantes obligados y por excelencia | 26 de junio | |
| Solicitud de Acreditación Voluntaria (5 días) | 08 al 12 julio | |
| Difusión Nómina Definitiva de Profesionales que deben Acreditar Obligatoriamente y por Excelencia | 15 de julio | |
| Constitución de la Comisión | 23 de julio | |
| Difusión de las Bases | Desde el 03de julio | |
| Recepción de antecedentes en Hospitales y Dpto. Gestión de las Personas. (15 días) | 17 de julio al 06 de agosto | |
| Evaluación de antecedentes (10 días) | 08 al 22 de agosto | |
| Listado preliminar de resultados | 23 de agosto | |
| Presentación Apelaciones (5 días) | 26 al 30 de agosto | |
| Respuesta Apelaciones (3 días) | 02 al 04 de septiembre | |
| Publicación Listado de puntajes definitivos | 05 de septiembre | |
| Notificación Acreditación y Tramitación resolución | 06 al 17 de septiembre | |

4.- PROCEDIMIENTOS DE POSTULACION

4.1.- De la entrega de bases de acreditación y presentación de antecedentes.

Las presentes Bases estarán disponibles **a contar del 03 de julio** en la página del Servicio www.sstalcahuano.cl, en las Oficinas de Gestión de las Personas de todos los Establecimientos dependientes del Servicio de Salud, a contar de la fecha establecida en el Cronograma, en horario de 9:00 a 16:00 hrs. y se distribuirán gratuitamente.

4.2.- Lugar de información y recepción de antecedentes.

- Los profesionales funcionarios que deban obligatoriamente presentar sus antecedentes así como los que lo hagan voluntariamente por excelencia, deberán entregarlos personalmente en las Oficinas de Gestión de Personas del Establecimiento al que pertenecen o en el Dpto. de Gestión y Control de las Personas, del Servicio de Salud de Talcahuano, ubicado en calle Colón 3030, Talcahuano, indicando el Proceso de Acreditación, hasta la fecha establecida en el Cronograma, plazo que es improrrogable. En caso que los antecedentes sean enviados por correo, se entenderá como fecha de entrega, la fecha de despacho, según el sello estampado en el sobre correspondiente por la empresa de correos.
- Junto con los antecedentes deberá acompañarse las relaciones cronológicas por cada área a evaluar, según anexos, junto con los documentos probatorios que en cada caso se indican. Este listado será revisado y constatado por cada oficina de personal del establecimiento hospitalario ó el Dpto. Gestión y Control de las Personas, al momento de presentar sus antecedentes.
- Los antecedentes podrán consistir en certificados originales o copias autorizadas ante notario o fotocopias simple de los mismos, las que deberán ser cotejadas por el Ministro de fe del establecimiento o funcionario designado para estos efectos, quien luego de verificarlas devolverá los documentos originales a los interesados, entendiéndose que se ha efectuado la revisión por el sólo hecho de estampar en la fotocopia el timbre de recepción, fecha, su nombre y firma.
- Vencido el plazo de presentación de antecedentes, los profesionales **no podrán agregar nuevos antecedentes ni retirar los documentos entregados**, salvo en el caso específico de los profesionales que se han presentado en forma voluntaria, únicos que pueden desistir mediante una presentación escrita al Director del Servicio.

4.3.- De la forma de presentar los antecedentes y otras consideraciones.

- Los antecedentes de los profesionales que participen de este proceso de Acreditación, deben entregarse conforme a los formularios incluidos en estas Bases, donde se expresa bajo la forma de una declaración jurada simple, que los hechos y antecedentes relacionados son verídicos.
- Los antecedentes deberán enviarse ordenados por área y factor a evaluar, respetando los formularios preparados para este proceso de acreditación acompañados de una solicitud de acreditación (Anexo N° 1), y serán evaluados en el rubro que el profesional funcionario indique. **No es función de la Comisión de Acreditación ordenar antecedentes ni definir su ubicación en los factores de evaluación.**
- Sólo se considerarán las actividades cuya fecha de realización o vigencia corresponda al periodo de acreditación.
- Cada antecedente o certificación de actividad podrá ser presentado **sólo** a un factor o Área de evaluación.

- Para efectos de contabilización del puntaje por tiempo en cualquiera de los factores en que se utilice dicha medición, los períodos iguales o mayores a **15 días se contabilizarán como un mes** completo y los menores se desestimarán.
- Los antecedentes y declaraciones que resulten ser falsas pueden ser constitutivas de delito sancionado en el artículo 210 del Código Penal, además de las sanciones que establece el Estatuto Administrativo, previa instrucción de sumario administrativo.

5.- COMISION DE ACREDITACIÓN

1) La Comisión de Acreditación estará formada como se indica:

Integrantes Titulares:

- 1) Subdirector Médico del Servicio de Salud Talcahuano, quien la presidirá.
- 2) Director/a Hospital Las Higueras.
Director/a Hospital de Tomé.
Director/a Hospital Penco Lirquén.
- 3) Auditor/a Médico de la Dirección del Servicio.
- 4) Representante en materia de ética del Hospital Las Higueras, designado por Director de Servicio.
- 5) Jefa Departamento Gestión y Control de las Personas del S.S. Talcahuano, Secretaria Ejecutiva de la Comisión.
- 6) Médico, nivel III, representante titular de los profesionales funcionarios.
- 7) Odontólogo, nivel III, representante titular de los profesionales funcionarios.
- 8) Químico Farmacéutico, nivel III, representante titular de los profesionales funcionarios.
- 9) Bioquímico, nivel III, representante titular de los profesionales funcionarios.
- 10) Jefe Servicio Clínico, del Hospital Las Higueras, integrante titular elegido por sorteo.
- 11) Jefe Servicio Clínico/ Unidad de Apoyo Hospital Las Higueras, integrante titular elegido por sorteo.
- 12) Jefe Servicio Clínico/ Unidad de apoyo Hospital Las Higueras, integrante titular elegido por sorteo.
- 13) Médico del Servicio, representante titular Colegio Médico.
- 14) Odontólogo del Servicio, representante titular Colegio Cirujanos Dentistas.
- 15) Químico Farmacéutico del Servicio, representante titular Colegio Químico Farmacéutico
- 16) Bioquímico del Servicio, representante titular del Colegio de Bioquímicos.

Integrantes Suplentes:

- 1) Médico, nivel III, representante suplente de los profesionales funcionarios.
 - 2) Odontólogo, nivel III, representante suplente de los profesionales funcionarios Odontólogos.
 - 3) Químico Farmacéutico, nivel III, representante suplente de los profesionales funcionarios.
 - 4) Bioquímico, nivel III, representante suplente de los profesionales funcionarios.
 - 5) Jefe Servicio Clínico/ Unidad de Apoyo, integrante suplente elegido por sorteo.
 - 6) Jefe Servicio Clínico/ Unidad de Apoyo, integrante suplente elegido por sorteo.
 - 7) Jefe Servicio Clínico/ Unidad de Apoyo, integrante suplente elegido por sorteo.
 - 8) Médico, representante Colegio Médico.
 - 9) Odontólogo, representante Colegio Cirujanos Dentistas.
 - 10) Químico Farmacéutico, representante Colegio Químico Farmacéutico
 - 11) Bioquímico, representante del Colegio de Bioquímicos.
- 2) Los integrantes de esta Comisión serán designados por resolución del Director de Servicio de Salud en la que se incluirán, los representantes designados por los respectivos Colegios Profesionales.
- 3) El sorteo de los profesionales funcionarios que integrarán la Comisión de Acreditación, señalados en el DS N° 128/2005, se efectuará con la

participación de al menos el Subdirector Médico del Servicio de Salud, el representante de Auditoría Médica, los representantes gremiales designados y la Jefa de la Subdirección de las Personas, quién actuará como Ministro de Fe.

- 4) Los representantes de cada profesión de las asociaciones gremiales afectas a la acreditación, según lo establece el DS N° 128/2005, deberán ser nominados mediante documento.
- 5) La Comisión de Acreditación actuará válidamente con la mitad de sus miembros y sus decisiones se adoptarán por mayoría simple de los asistentes.
- 6) Si las asociaciones gremiales no efectuaren la nominación o bien el nominado no asista a la primera citación, ello **no** impedirá la constitución de la Comisión; del mismo modo, la inasistencia del representante de la asociación gremial respectiva a las sesiones tampoco impedirá el funcionamiento válido de la Comisión.
- 7) Las personas nominadas en este Comité, deberán actuar en los procesos de Acreditación de los años 2021 y 2022 y para los efectos legales se entenderá que se encuentran en Comisión de Servicios.

FUNCIONES DE LA COMISION DE EVALUACION

La Comisión de Acreditación tendrá las funciones que a continuación se señalan:

- a) Acordar los criterios complementarios en los rubros que se deberá calificar en conciencia, dejando constancia en Actas.
- b) Evaluar los antecedentes de los postulantes y asignar los puntajes correspondientes de acuerdo a Bases.
- c) Verificar la autenticidad de los documentos y la fidelidad de los antecedentes presentados por los postulantes, en los casos que estimen necesarios.
- d) Solicitar las opiniones técnicas que estime necesarias a las personas o entidades que tengan competencia en la materia consultada.
- e) Requerir de las dependencias administrativas y de los profesionales en proceso de acreditación, las aclaraciones y/o complementación de antecedentes que estime necesarios, según criterios aplicables por igual a todos los participantes.
- f) Confeccionar un Listado provisorio y definitivo, ordenado por orden de puntaje decreciente, de los profesionales que aprobaron, así como de los que no aprobaron, separado por profesión y planta.
- g) Efectuar anualmente un balance completo del respectivo proceso de acreditación y proponer al Director del Servicio de Salud las medidas tendientes a optimizar su implementación, debiendo con el mismo objetivo, sugerir incluso aquellas modificaciones a las Bases que deban regir en el bienio que corresponda.
- h) Consolidar anualmente la nómina de profesionales acreditados, conforme a lo establecido en el artículo 20 de la ley 19.664.

DE LA PONDERACIÓN DE ANTECEDENTES

- Antes de conocer los antecedentes de los profesionales, la Comisión acordará los criterios para asignar puntajes en los rubros que deberá calificar, considerando todos los elementos incluidos en estas Bases.
- Estos criterios y todos los factores deberán quedar consignados en acta con sus fundamentos correspondientes.

- La asignación de puntajes a los profesionales se hará por mayoría simple de los integrantes de la Comisión.
- De los acuerdos de la Comisión, así como de los puntajes asignados en cada rubro y en total, con sus fundamentos, se dejará constancia en actas.

| |
|--|
| 6.- DEL PROCESO DE EVALUACION DE ANTECEDENTES |
|--|

6.1. De las Áreas y Factores a evaluar:

| | |
|----------------------------|---|
| AREA TÉCNICA | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Capacitación, Perfeccionamiento y Especialización ❖ Labor Docente Institucional y de Investigación ❖ Reconocimiento Académico. |
| AREA CLÍNICA | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Atención Abierta y Cerrada (Médicos y Químicos farmacéuticos)) ❖ Atención Abierta (odontólogos y Bioquímicos) ❖ Atención en Procedimientos y Exámenes (Médicos, Odontólogos y Bioquímicos) |
| AREA ORGANIZACIONAL | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Relación de Cargos y funciones de Responsabilidad. ❖ Relación de Aportes realizados. ❖ Reconocimientos institucionales. |

6.2.- De los puntajes máximos y de los mínimos para aprobación.

El puntaje máximo asignable a un postulante en la suma de todos los rubros correspondientes será de **1000 puntos**, no obstante, para ser acreditado el profesional deberá obtener al menos **600 puntos como puntaje total y satisfacer los mínimos expresados en cada área**, según tabla que se indica:

| Área | Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas y Bioquímicos | | Farmacéuticos y Químicos Farmacéuticos | |
|------------------------------------|---|----------------|---|----------------|
| | Puntaje máximo | Puntaje mínimo | Puntaje máximo | Puntaje mínimo |
| Técnica | 400 | 200 | 300 | 150 |
| Clínica | 400 | 200 | 400 | 200 |
| Organizacional | 200 | 100 | 300 | 150 |
| TOTAL | 1000 | | 1000 | |
| Puntaje mínimo acreditación | | 600 | | 600 |

I.- ÁREA TÉCNICA:

Consideraciones Generales:

- ❖ **Las actividades de Capacitación y Perfeccionamiento** podrán versar sobre toda clase de acciones de promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y reinserción social de las personas enfermas, especialmente cuando impliquen transferencia y aplicación de nuevos conocimientos y técnicas de diagnóstico y terapéuticas, gestión en salud, investigación aplicada, desarrollo tecnológico, docencia y cualquier otra Área de actividad que sea necesario fomentar para el adecuado cumplimiento de sus funciones.
- ❖ También serán consideradas aquellas actividades cuyos objetivos pedagógicos sean pertinentes con el desempeño profesional, en que se considerará preferentemente aquellas que sean coherentes con las políticas impartidas por el Ministerio de Salud en materia de Capacitación, los objetivos del Servicio de Salud y las necesidades de los establecimientos donde haya laborado el profesional funcionario durante el período evaluado.

Puntajes Área Técnica

Se acreditará mediante los siguientes factores con sus correspondientes puntajes:

| Factores | Médicos y Dentistas, Bioquímicos | | Farmacéuticos o Químicos Farmacéuticos | |
|---|---|--------|---|--------|
| | máximo | Mínimo | máximo | Mínimo |
| 1.- <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación, • Perfeccionamiento, • Especialización • Sub especialización | 250 | 200 | 150 | 150 |
| 2.- Labor docente y de Investigación realizada. | 100 | | 100 | |
| 3.- Reconocimiento académico | 50 | | 50 | |
| Total Área técnica | 400 | | 300 | |

La escala general de puntuación a la que se ceñirá esta Área será de 0 (cero) al máximo (400) de Puntaje establecido para las distintas profesiones, siendo el puntaje **mínimo**

para aprobar de 200 puntos para Médicos, Dentistas y Bioquímico y de 150 puntos para Farmacéuticos o Químicos Farmacéuticos.

1.- Capacitación, Perfeccionamiento, Especialización y Subespecialización.

A.-MEDICO-CIRUJANOS-CIRUJANO-DENTISTAS - BIOQUIMICOS (Máximo 250 pts.)

| SUBFACTOR | Puntaje por certificado 01.01.2013 al 31.12.2021 | Puntaje máximo del factor |
|--|--|---------------------------------|
| Especialización y Subespecialización | 150 | 250 |
| Actividades de Capacitación igual o mayor a 21 horas sin evaluación por cada una. | 30 | |
| Actividades de Capacitación igual o menores a 133 horas con evaluación por cada una. | 50 | |
| Actividades de Perfeccionamiento entre 133 y 1920 horas por cada una | 70 | |

B.-FARMACEUTICOS-QUIMICOS FARMACEUTICOS. (Máximo 150 pts.)

| SUBFACTOR | Puntaje por certificado 01.01.2013 al 31.12.2021 | Puntaje máximo del factor |
|---|--|---------------------------------|
| Especialización** | 100 | 150 |
| Actividades de Capacitación igual o mayor a 21 horas sin evaluación por cada una. | 20 | |
| Actividades de Capacitación entre 21 y 133 horas con evaluación por cada una. | 50 | |
| Actividades de Perfeccionamiento entre 133 y 1920 horas por cada una | 70 | |

(*)Se puede incluir especialidades reconocidas por CONACEF.

(**)La Especialidad de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos será respaldada por Certificado emitido por Director del SST en relación al desempeño funciones por 5 o más años con un mínimo de 22 horas de desempeño. Esta Certificación será válida **solo para efectos de este proceso de acreditación.**

ACREDITACION FACTOR:

- ❖ Las Actividades de pasantías serán consideradas en el rubro de perfeccionamiento cuando cumpla con el número de horas que corresponde a 133 y más horas.
- ❖ Las actividades de capacitación inferior a 21 horas (con o sin evaluación), podrán ser acumuladas (sumables) hasta completar el mínimo requerido (21 horas).
- ❖ Aquellas capacitaciones en donde no figure el número de horas, la comisión considerará 8 horas por cada día que dure la actividad.
- ❖ **Las Especializaciones y Subespecializaciones** se acreditarán mediante certificado otorgado por la Universidad respectiva o Centro Formador o, por entidades certificadoras como CONACEM, CONACEO o por el Director del Servicio de Salud mediante resolución de acuerdo al Decreto N° 8 que aprueba el reglamento de Certificación.
- ❖ Para aquellos profesionales que realizaron su especialidad con anterioridad al periodo a evaluar (2013-2021) deberán acreditar las ESPECIALIDADES MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS, los postulantes deberán presentar Certificado de reconocimiento de especialista emitido por la Superintendencia.

- ❖ **Las actividades de Capacitación y Perfeccionamiento** se acreditarán mediante una **relación cronológica** y pormenorizada de éstas, realizada por el profesional funcionario en el periodo objeto de evaluación, **acompañada de las respectivas certificaciones** emitidas por las entidades responsables de las actividades, en original o fotocopia validada (Anexo N° 2).
- ❖ **Ante la dificultad de presentar pruebas documentales**, se considerará como válido los Certificados emitidos por la Unidad de Capacitación del establecimiento que den cuenta de las actividades de capacitación realizadas.
- ❖ Se dará preferencia en el puntaje a aquellas actividades en las que, además del criterio de asistencia, se exija **evaluación o el cumplimiento de otros requisitos de aprobación**, tales como la aplicación de pruebas para evaluar el rendimiento académico, la formulación de proyectos, la evaluación de competencias de egreso en Áreas específicas definidas como críticas en el programa de estudios u otros semejantes, siempre que el cumplimiento de dichos requisitos sea respaldado por una calificación expresada en una nota o en un concepto.

| | |
|---|-------------------|
| 2.- La labor docente y de investigación realizada. | (Máximo 100 pts.) |
|---|-------------------|

TODAS LAS PROFESIONES

2.1.- Labor docente Institucional

- La labor docente **mide la contribución a la formación de otros profesionales funcionarios del Servicio de Salud.**
- Se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades docentes realizadas en el período objeto de la evaluación (01.01.2013-31.12.2021), en calidad de funcionario del Servicio de Salud Talcahuano. (Anexo N° 3).
- Los Certificados deben **consignar que las actividades docentes NO SON REMUNERADAS.**
- Se acompañará a esta relación certificados donde se indique su participación como docente, debiendo especificar el mes y año de la actividad realizada, así como lugar y si se trata de seminarios, clases, charlas en reuniones clínicas, puestas al día, actualizaciones de normativas clínicas, administrativas o de gestión, u otras.
- Ante la imposibilidad de presentar Certificado por cada actividad, se considerará los Certificados emitidos, preferentemente, por la Unidad de Capacitación del establecimiento u Oficina de Personal (según conste registro en Hoja de Vida Funcionaria).

| Labor docente realizada | Entre 01.01.2013 al 31.12.2021 | | Puntaje máximo |
|--------------------------------|---|----------------------------------|----------------|
| | Reuniones clínicas y/o de gestión administrativa, puestas al día, actualizaciones | Seminarios, clases, Capacitación | |
| puntos por cada actividad | 5 | 10 | 60 |

2.2.- Investigación

- En el caso de investigaciones clínicas o aplicadas, así como de los proyectos de gestión administrativa, se identificarán estas con precisión, **indicándose**

además su importancia en el ámbito laboral, clínico, técnico u organizacional, de nivel local, nacional o internacional, con independencia del medio a través del que hayan sido difundidas. Esto, lo certificará la jefatura directa y lo validará el Director de establecimiento.

- Se acreditará mediante una relación cronológica de las actividades de Investigación realizadas en el período objeto de la evaluación y publicaciones o informes correspondientes, debe incorporar fotocopia de la publicación o presentación en Congreso. (Anexo N° 4)
- Sólo se considerarán las actividades de investigación realizadas en el periodo objeto de acreditación 01.01.2013 al 31.12.2021.

| Investigaciones realizadas | Autor | Coautor | Colaborador | Importancia / Aporte | Ptje. Máximo |
|---|-------|---------|-------------|----------------------|--------------|
| Puntaje por cada actividad de Investigación | 10 | 7 | 5 | 0 a 5 | 40 |

3.- Reconocimiento Académico (máximo 50 puntos)

TODAS LAS PROFESIONES

- Se acreditará con la presentación de reconocimientos **extraordinarios** formales que, en el ejercicio de las tareas **como docente, alumno o investigador**, haya recibido el profesional en el período de evaluación (01.01.2013-31.12.2021), a través de diplomas, certificados, galvanos u otros emitidos por la autoridad respectiva. Se considerarán, por ejemplo:
 - Premio Mejor **docente**.
 - Premio en congreso.
 - Alumno destacado.
 - Premio por investigación.

(*) Las anotaciones de mérito no se consideran en este subfactor.

| Reconocimiento Académico | Puntaje máximo |
|---------------------------------|----------------|
| 3 reconocimientos o más | 50 |
| 2 reconocimientos | 30 |
| 1 reconocimiento | 20 |

II.- AREA CLINICA

A. MEDICOS CIRUJANOS, BIOQUIMICOS Y QUIMICOS FARMACEUTICOS:

| FACTORES | MEDICOS CIRUJANOS | | BIOQUIMICOS | FARMACEUTICOS, QUIMICOS FARMACEUTICOS |
|---|-------------------|--------------|-------------|---|
| | Cuantitativos | Cualitativos | | |
| 1. Atención Abierta, | 80 | 50 | 230 | 80 |
| 2. Atención Cerrada, | 50 | 50 | | 100 |
| 3. Atención en procedimientos y exámenes, | 50 | 50 | 100 | 160 |
| 4. Actuaciones en situaciones críticas. | 0 | 70 | 70 | 60 |
| Total, área Clínica | 180 | 220 | 400 | 400 |
| Puntajes Máximos | 400 | | 400 | 400 |
| Puntajes Mínimos | 200 | | 200 | 200 |

B. CIRUJANO DENTISTAS:

| FACTORES | PUNTAJE MAXIMO |
|---------------------------------|----------------|
| Impacto de la atención abierta | 130 |
| Atención cerrada | 70 |
| Procesos de apoyo | 70 |
| Atención a pacientes especiales | 130 |
| Total Área Clínica | 400 |

a) Consideraciones Generales:

❖ **Evaluará los logros demostrados por el profesional en el desempeño de sus funciones durante el periodo de evaluación, en aspectos cuantitativos y cualitativos** de acuerdo con las horas semanales contratadas, en que se comprenden los factores señalados:

- **Atención Abierta:** 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. También se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional, según se acredite. Lo anterior, lo certificará Área de Atención Usuario Externo (ex SOME) en sus aspectos cuantitativos y la jefatura directa de los aspectos cualitativos.

En el caso de los profesionales químicos farmacéuticos, se incluirá, también el número de pacientes incluidos en programas de consejería farmacéutica

- **Atención Cerrada:** número de camas bajo su manejo directo en cada año, el número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, partos, anestesia 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. También se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional, según se acredite. Lo anterior, lo certificará Área de Atención Usuario Externo (ex SOME) en sus aspectos cuantitativos y la jefatura directa de los aspectos cualitativos.
- En el caso de los profesionales químicos farmacéuticos se considerarán las actividades de farmacia hospitalaria, tanto de atención abierta como cerrada, se medirá por el número de recetas y prescripciones despachadas. Esta información la certifica el área de atención al usuario (SOME) con la información REM. El porcentaje de cumplimiento corresponderá al "Porcentaje

de despacho de receta total y oportuna”. Información certificada por la jefatura de la Unidad de Farmacia respaldada con los registros informáticos disponibles.

- **Actuación en procedimientos y Exámenes:** número de procedimientos o exámenes 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. También se considerará la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional, según acreditación.

Además, para profesionales bioquímicos y químico farmacéuticos, se considerarán actividades tales como la elaboración de dosis unitarias; la preparación y despacho de prescripciones y recetas, entre otras las de productos oncológicos, de nutrición parenteral y de productos magistrales, así como el número de recetas y prescripciones despachadas de medicamentos sujetos a control legal; validación y gestión de calidad de exámenes; validación e implementación de técnicas de análisis; aseguramiento de calidad; implementación de nuevas técnicas validadas por normas de laboratorio clínico o laboratorio de análisis en el campo de la salud u otras propias de estas profesiones

- **Actuación en Situaciones Críticas:** acciones destacadas desarrolladas en el período en función de situaciones imprevistas calificadas y valoradas por el jefe del Servicio Clínico o Unidad de Apoyo correspondiente, tales como urgencias clínicas, emergencias sanitarias u otras.

b) ACREDITACION

- ❖ El informe de los antecedentes cuantitativos y cualitativos, se hará en cada establecimiento, mediante:
 - Informe fundado de los respectivos Jefes de Servicios Clínicos o de Unidades de Apoyo, suscritos además por el Subdirector Médico respectivo, el cual indicará el porcentaje de cumplimiento de las horas programadas y la calidad de las prestaciones efectuadas por el profesional, **en el período Enero 2013 a Diciembre 2021**. (Anexos N° 5, 6, 7)
- ❖ Para los fines de la evaluación de los aspectos cualitativos, se entenderá el concepto de **Calidad** como el grado de excelencia para entregar el servicio propuesto, que confiere la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de los usuarios que requirieron del profesional funcionario.
- ❖ Será de **Responsabilidad del Jefe de Servicio Clínico u Apoyo**, el que Certifique a que situación de **EXCEPCION PERTENECE EL POSTULANTE**, entendiéndose que las situaciones de excepción corresponden a profesionales que desempeñan de manera habitual algunas de las AREA A EVALUAR, por ejemplo, su tiempo lo dedica a solo atención cerrada o abierta o administrativa (Ver tabla pagina 18 letra C).

c) Asignación de Puntajes

MEDICOS CIRUJANOS:

| |
|---|
| 1.- Atención abierta, cerrada y Atención en procedimientos y exámenes: |
|---|

a) **Aspecto cuantitativo:**

Se medirá con la siguiente tabla, de acuerdo al nivel de cumplimiento de la programación de cada profesional funcionario:

| Porcentaje cumplimiento por año | | Puntaje por año periodo Entre 01.01.2013-31.12.2021 | |
|--|--------------|--|-----------------------------------|
| Desde | Hasta | Atención Abierta | Atención Cerrada y procedimientos |
| 90,0 | 100,0 | 10 | 7 |
| 85,0 | 89,9 | 9 | 6 |
| 80,0 | 84,9 | 8 | 5 |
| 75,0 | 79,9 | 7 | 4 |

b) **Aspecto cualitativo**

En relación con el aspecto cualitativo se medirá de acuerdo a informe consistente en una Apreciación del Jefe Directo, respecto de la Calidad de las atenciones otorgadas por el profesional durante el período objeto de acreditación, y se evaluará según la tabla precedente.

Los certificados que emitan los Jefes respectivos deberán ser por año, según **Anexo N° 7**, especificando la calidad en conformidad a los conceptos señalados en la tabla.

| CONCEPTO | Apreciación del Jefe Directo por cada año | PUNTAJES |
|-----------------------------|--|-----------------|
| Calidad Alta | Responde mejor que lo esperado | 50 |
| Calidad Media | Responde de la manera esperada | 35 |
| Calidad Insuficiente | Responde menos que lo esperado | 15 |

*La Comisión asignará los puntajes por año, los que promediados darán el total del período, con un máximo para este aspecto de 50 puntos.

BIOQUIMICOS:

a) **Aspecto cuantitativo:**

Se medirá con la siguiente tabla, de acuerdo al nivel de cumplimiento de la programación de cada profesional funcionario, hasta el máximo de puntaje establecido por Factor:

| Porcentaje cumplimiento por año | | Puntaje por año periodo 01.01.2013-31.12.2021 | |
|--|--------------|--|------------------------------------|
| Desde | Hasta | Atención Abierta y cerrada | Atención procedimientos y Exámenes |
| 90,0 | 100,0 | 30 | 17 |
| 85,0 | 89,9 | 25 | 13 |
| 80,0 | 84,9 | 20 | 9 |
| 75,0 | 79,9 | 15 | 5 |

QUIMICOS FARMACEUTICOS

a) Aspecto cuantitativo:

Se medirá con la siguiente tabla, de acuerdo al nivel de cumplimiento de la programación de cada profesional funcionario:

| Porcentaje cumplimiento por año | | Puntaje por año desde 01.01.2013-31.12.2021 | | |
|---------------------------------|-------|---|---------|---------------------------|
| Desde | Hasta | Atención | | |
| | | Abierta | Cerrada | procedimientos y Exámenes |
| 90,0 | 100,0 | 10 | 13 | 20 |
| 85,0 | 89,9 | 9 | 12 | 15 |
| 80,0 | 84,9 | 8 | 11 | 10 |
| 75,0 | 79,9 | 7 | 10 | 5 |

ACREDITACION

- Presentación Informe fundado del Jefe de Servicio o Unidad de Apoyo, suscrito por el Subdirector Médico respectivo o a falta de éste del Director del Establecimiento. (Anexos N° 5, 6 y 7)
- Certificado emitido por Área de Atención Usuario Externo (ex SOME) del establecimiento, que dé cuenta del porcentaje de cumplimiento de las horas programadas en los últimos nueve años (2013-2021). (Anexos N° 5.1, 6.1 y 7.1)
- Certificación de últimas tres calificaciones, emitida por Oficina de Personal, con Firma Director de Hospital (Anexo N° 8)

2.-Actuación en Situaciones Críticas: 01.01.2013 al 31.12.2021

Se entenderá por situaciones críticas las siguientes, entre otras:

- Emergencias Sanitarias
- Apoyo extraordinario a Unidades Críticas o Servicios de Urgencia
- Campañas sanitarias extraordinarias
- Otras que califique la comisión de acreditación, debidamente certificadas

Las Actuaciones Críticas se medirán de acuerdo a la siguiente tabla

| Concepto | Médico, Bioquímico | Químico Farmacéutico |
|----------------|--------------------|----------------------|
| | Puntaje | Puntaje |
| SIEMPRE | 70 | 70 |
| FRECUENTEMENTE | 35 | 30 |
| A VECES | 18 | 15 |
| NUNCA | 0 | 0 |

Acreditación

- ♦ Presentación informe fundado del jefe de Servicio o Unidad de Apoyo, suscrito por el Subdirector Médico del Hospital o a falta de éste por el Director del Establecimiento (Anexo N° 9).

C. CIRUJANO DENTISTAS

Consideraciones Generales:

- ❖ **Evaluará los logros demostrados por el profesional en el desempeño de sus funciones durante el período de evaluación,** de acuerdo con las horas semanales contratadas, en que se comprenden los siguientes factores:

| FACTORES | PUNTAJES | |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|
| | 01.01.2013 al 31.12.2021 | |
| | Máximos | Mínimos |
| 1. Atención Abierta, | 130 | |
| 2. Atención cerrada | 70 | |
| 3. Procedimiento de apoyo | 70 | |
| 4. Atención de Pacientes Especiales. | 130 | |
| Total área Clínica | 400 | 200 |

1. Atención Abierta: indicador de altas odontológicas de nivel primario o altas de especialidad realizadas, relacionado con el número de altas odontológicas de nivel primario o de especialidad comprometidas, respectivamente, en función de las horas contratadas.

2. Procedimientos de apoyo: unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar, con indicadores tales como: número de radiografías tomadas por el especialista, número de biopsias incisoriales y análisis de biopsias realizados por el profesional, y su relación con las horas semanales dedicadas a ello y el porcentaje de cumplimiento de los programado en función de la jornada contratada.

3. Atención de Pacientes Especiales: unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el periodo a evaluar, con indicadores tales como: porcentaje de horas contratadas dedicadas a la atención odontológica de pacientes con enfermedades tales como: discapacidad mental, portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cánceres, pacientes con insuficiencia renal crónica, discrasias sanguíneas, pacientes con riesgo anestesiológico y otros de similar naturaleza, considerando los diferentes rendimientos, según la complejidad de la atención.

ACREDITACIÓN:

1. Informe fundado de los respectivos Jefes de Servicios Clínicos o de Unidades de Apoyo, suscritos además por el Subdirector Médico respectivo, el cual indicará el porcentaje de cumplimiento de las horas o actividades programadas y las prestaciones efectuadas por el profesional, para cada año de evaluación. (Anexos N° 10, 11, 12 y 13)
- ❖ En el caso de los nueve últimos años del período objeto de acreditación, se exigirá, además, un certificado de Área de Atención Usuario Externo (ex SOME) o de quien cumpla su función que deberá indicar el número de actividades programadas y el porcentaje de cumplimiento. (Anexo N° 14)

Asignación de Puntajes:

1. Atención Cerrada, Abierta, procedimientos y exámenes

| Porcentaje cumplimiento por año | | Puntaje por año desde 01.01.2013-31.12.2021 | |
|--|--------------|--|---------------------------------|
| Desde | Hasta | Atenc. Abierta | Atenc. Cerrada y procedimientos |
| 90,0 | 100,0 | 17 | 9 |
| 85,0 | 89,9 | 14 | 7 |
| 80,0 | 84,9 | 11 | 5 |
| 75,0 | 79,9 | 9 | 3 |

2. **Atención de Pacientes Especiales:** Comisión evaluará en conciencia, a través de Informe fundado de los respectivos Jefes de Servicios Clínicos o de Unidades de Apoyo, suscritos además por el Subdirector Médico respectivo, el cual indicará el porcentaje de cumplimiento de las horas o actividades programadas y las prestaciones efectuadas por el profesional, para cada año de evaluación. (Anexos N° 10, 11, 12 y 13)

| Porcentaje de horas dedicadas | Puntaje |
|--------------------------------------|----------------|
| SIEMPRE | 130 |
| FRECUENTEMENTE | 106 |
| A VECES | 83 |
| NUNCA | 0 |

C.- EVALUACION EN SITUACIONES DE EXCEPCION PARA MÉDICOS CIRUJANOS, CIRUJANOS DENTISTAS, BIOQUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS O QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Para aquellos casos de funciones en cargos Directivos, o por encomendación de funciones, y de aquellos profesionales funcionarios que cumplan funciones de dedicación exclusiva en áreas definidas, respecto de los cuales no puedan aplicarse los factores de acreditación y su puntuación según lo expresado en las tablas precedentes, se aplicara la siguiente tabla, según corresponda a cada situación detallada:

| FACTOR | Situación 1 | Situación 2 | Situación 3 | Situación 4 | Situación 5 | Situación 6 | Situación 7 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Atención Cerrada | 168 | 0 | 186 | 330 | 0 | 0 | 0 |
| Atención Abierta | 162 | 168 | 0 | 0 | 330 | | 0 |
| Atención en procedimientos y Exámenes | 0 | 162 | 144 | 0 | 0 | 330 | 0 |
| Situac. Críticas/ Patient. Especiales | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| Otros (Detalle requisitos a solicitar en próxima página, Definición de Situación 7) | | | | | | | 330 |
| TOTAL | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 |

Situación 1: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta y Cerrada

Situación 2: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta y Atención en procedimientos y exámenes.

Situación 3: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Cerrada y Atención en procedimientos y exámenes

Situación 4: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Cerrada.

- Situación 5: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta.
- Situación 6: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención en procedimientos y exámenes (Radiólogos, anestesistas, anatómicos patólogo, etc.)
- Situación 7: Es aquella en la cual el profesional funcionario no desempeña atención abierta, cerrada, procedimientos y exámenes (Ejemplo profesional funcionario con encomendación de funciones de Director de Hospital, Jefe Depto. Técnico; Epidemiólogo, etc.)

Para los profesionales que se encuentren en esta situación, se les evaluará el factor mediante la presentación de Certificaciones anuales que den cuenta de las principales funciones o tareas realizadas durante los nueve últimos años, estableciendo el nivel de cumplimiento de las mismas, lo cual será “Certificado por su Jefatura Directa “. (Anexo N°18).

Se entiende que, en todas estas situaciones, el profesional funcionario puede también tener actuación en Situaciones Críticas o atención de pacientes especiales, por las cuales debe ser evaluado, en los términos ya señalados.

Asignación de Puntajes:

Se medirá con la siguiente tabla, de acuerdo al nivel de cumplimiento de la programación de cada profesional funcionario:

| Factor | PUNTAJE POR AÑO Y PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|--|--|--|--|
| | Situación 1 | | | | Situación 2 | | | | Situación 3 | | | | Situación 4 | | | | Situación 5 | | | | Situación 6 | | | | Situación 7 | | | | | | | |
| | a | b | c | d | a | b | c | d | a | b | c | d | a | b | c | d | a | b | c | d | a | b | c | d | a | b | c | d | | | | |
| Cerrada | 21 | 20 | 19 | 18 | | | | | 23 | 22 | 21 | 20 | 41 | 40 | 39 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abierta | 20 | 19 | 18 | 17 | 21 | 20 | 19 | 18 | | | | | | | | | 41 | 40 | 39 | 38 | | | | | | | | | | | | |
| Proced. | | | | | 20 | 19 | 18 | 17 | 18 | 17 | 16 | 15 | | | | | | | | | 41 | 40 | 39 | 38 | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 41 | 40 | 39 | 38 | | | | |

Porcentaje cumplimiento:

| a | b | C | d |
|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| 90,0% a 100% | 89,9% a 85% | 84,9% a 80,0% | 79,9% a 75% |

1. Médicos Cirujanos:

- Aspectos Cuantitativos: Se considerará el puntaje obtenido en la tabla de asignación de puntaje en un 90%
- Aspectos cualitativos: Se calculará en la forma establecida en la letra b, de la evaluación del área Clínica de Médicos, considerándose el valor total en un 10%.

III.- AREA ORGANIZACIONAL

| FACTORES | PUNTAJES MAXIMOS | |
|---|--|---|
| | MEDICOS, DENTISTAS Y BIOQUIMICOS | FARMACEUTICO- QUIMICO FARMACEUTICOS |
| 1. Relación de los cargos y funciones de responsabilidad. | 100 | 125 |
| 2. Relación de Aportes Realizados | 50 | 100 |
| 3. Reconocimiento Institucional | 50 | 75 |
| Total Área organizacional | 200 | 300 |

Consideraciones Generales:

- ❖ **Evaluará la contribución del profesional a la organización expresada en los aportes realizados para el logro de los objetivos institucionales y el liderazgo demostrado en su desempeño funcionario**, comprendiendo los siguientes tres factores, acreditados como en cada caso se indica:
 1. Relación de los cargos y funciones de responsabilidad ejercidas en el período
 2. Relación de aportes realizados
 3. Reconocimientos Institucionales
- ❖ 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, para lo cual debe presentar la relación de servicios, resoluciones o decretos correspondientes, emitidos por la autoridad competente. Esto aun cuando estas últimas no estén consignadas formalmente en la reglamentación orgánica que rija al establecimiento.
- ❖ **Ante la dificultad de presentar pruebas documentales**, se considerará como válido los Certificados emitidos por la Oficina de Personal, que den cuenta de lo registrado en la Hoja de Vida Funcionaria, o informe del Jefe del Servicio Clínico o de la Unidad de Apoyo respectiva, o en su defecto, del Subdirector Médico o del Director del establecimiento.

ASIGNACIÓN DE PUNTAJES

| |
|--|
| 1. Relación de los cargos y funciones de responsabilidad ejercidas en el período 01.01.2013 al 31.12.2021 |
|--|

- ❖ Se considerarán los cargos o empleos servidos como profesional funcionario en el Servicio **de Salud de Talcahuano**, como suplente, subrogante o por encomendación de funciones. (Anexo N° 15)
- ❖ Cualquier otra función de responsabilidad desempeñada debe ser homologada por la Comisión de Acreditación a algunos de los Niveles definidos en tabla que más adelante se indica, asignándose los puntajes correspondientes.
- ❖ Se medirá el nivel de responsabilidad asumida en relación al número de meses de desempeño en el cargo o la función que se indica a continuación y se asignarán puntajes según esos niveles.
- ❖ En el desempeño de cargos o funciones de responsabilidad en forma simultánea o paralela, prevalecerá aquella que otorgue mayor puntaje.
- ❖ Se asignará puntajes medidos en meses de desempeño, por lo que aquellos certificados que no indiquen fecha de inicio y de término se computarán como si fuera de un mes.

A.- MÉDICOS CIRUJANOS, CIRUJANOS DENTISTAS O BIOQUÍMICOS

- Nivel 1** Director de Servicio de Salud
Subdirector Médico Servicio de Salud
Director Hospital Tipo 1
- Nivel 2** Director Hospital Tipo 2
Subdirector Médico Tipo 1
- Nivel 3** Jefes Depto. Direcciones de Servicio
Subdirector Médico Hospital Tipo 2
Jefe de centro Responsabilidad Hospital tipo 1
Director Hospital tipo 3
- Nivel 4** Jefe o Encargado de Sección o Unidad de Dirección de servicio
Jefe o Encargado de Programa (nivel Dirección de Servicio)
Jefe Centro de Costo Hospital tipo 1
Jefe de Servicio Clínico o Dental Hospital tipo 1
Jefe Sección Farmacia Hospital Tipo 1
Jefe Unidad de Apoyo Hospital Tipo 1
Jefe Unidades Asesoras hospital tipo 1
Jefe Ceredim
Subdirector médico Hospital tipo 3
Jefe Centro de Responsabilidad Hospital tipo 2
- Nivel 5**
Jefe Unidades Clínicas Hospital tipo 1
Jefe Unidad Asesora Director Hospital tipo 2
Jefe Centro de Responsabilidad Hospital tipo 3
Jefe Centro de Costo Hospital tipo 2
- Nivel 6** Dispositivo de salud Mental de la Red
Jefe Centro de Costo hospital tipo 3
Jefe Unidades Asesoras Director Hospital tipo 3
Encargados de Farmacia Hospital tipo 1
- Nivel 7** Jefe Unidades Clínicas Hospital tipo 2
Jefe o encargados de Programas a nivel del establecimiento.

TABLA DE ASIGNACIÓN DE PUNTAJES

A.- MÉDICOS CIRUJANOS, CIRUJANOS DENTISTAS O BIOQUÍMICOS (Max 100 ptos.)

| Meses | NIVELES DE RESPONSABILIDAD | | | | | | |
|----------|----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 01 - 03 | 10,9 | 8,9 | 6,9 | 4,9 | 2,9 | 0,9 | 0,4 |
| 04 - 06 | 13,9 | 13,4 | 13,0 | 12,6 | 12,2 | 11,7 | 11,3 |
| 07 - 09 | 16,9 | 16,5 | 16,0 | 15,6 | 15,2 | 14,7 | 14,3 |
| 10 - 12 | 19,9 | 19,5 | 19,0 | 18,6 | 18,2 | 17,7 | 17,3 |
| 13 - 15 | 22,9 | 22,5 | 22,0 | 21,6 | 21,2 | 20,8 | 20,3 |
| 16 - 18 | 25,9 | 25,5 | 25,1 | 24,6 | 24,2 | 23,8 | 23,3 |
| 19 - 21 | 28,9 | 28,5 | 28,1 | 27,6 | 27,2 | 26,8 | 26,3 |
| 22 - 24 | 31,9 | 31,5 | 31,1 | 30,6 | 30,2 | 29,8 | 29,4 |
| 25 - 27 | 34,9 | 34,5 | 34,1 | 33,7 | 33,2 | 32,8 | 32,4 |
| 28 - 30 | 38,0 | 37,5 | 37,1 | 36,7 | 36,2 | 35,8 | 35,4 |
| 31 - 33 | 41,0 | 40,5 | 40,1 | 39,7 | 39,2 | 38,8 | 38,4 |
| 34 - 36 | 44,0 | 43,5 | 43,1 | 42,7 | 42,3 | 41,8 | 41,4 |
| 37 - 39 | 47,0 | 46,6 | 46,1 | 45,7 | 45,3 | 44,8 | 44,4 |
| 40 - 42 | 50,0 | 49,6 | 49,1 | 48,7 | 48,3 | 47,8 | 47,4 |
| 43 - 45 | 53,0 | 52,6 | 52,1 | 51,7 | 51,3 | 50,9 | 50,4 |
| 46 - 48 | 56,0 | 55,6 | 55,2 | 54,7 | 54,3 | 53,9 | 53,4 |
| 49 - 51 | 59,0 | 58,6 | 58,2 | 57,7 | 57,3 | 56,9 | 56,4 |
| 52 - 54 | 62,0 | 61,6 | 61,2 | 60,7 | 60,3 | 59,9 | 59,5 |
| 55 - 57 | 65,0 | 64,6 | 64,2 | 63,8 | 63,3 | 62,9 | 62,5 |
| 58 - 60 | 68,1 | 67,6 | 67,2 | 66,8 | 66,3 | 65,9 | 65,5 |
| 61 - 63 | 71,1 | 70,6 | 70,2 | 69,8 | 69,3 | 68,9 | 68,5 |
| 64 - 66 | 74,1 | 73,6 | 73,2 | 72,8 | 72,4 | 71,9 | 71,5 |
| 67 - 69 | 77,1 | 76,7 | 76,2 | 75,8 | 75,4 | 74,9 | 74,5 |
| 70 - 72 | 80,1 | 79,7 | 79,2 | 78,8 | 78,4 | 77,9 | 77,5 |
| 73 - 75 | 83,1 | 82,7 | 82,2 | 81,8 | 81,4 | 81,0 | 80,5 |
| 73 - 78 | 86,1 | 85,7 | 85,3 | 84,8 | 84,4 | 84,0 | 83,5 |
| 78 - 81 | 89,1 | 88,7 | 88,3 | 87,8 | 87,4 | 87,0 | 86,5 |
| 82 - 84 | 92,1 | 91,7 | 91,3 | 90,8 | 90,4 | 90,0 | 89,6 |
| 85 - 87 | 95,1 | 94,7 | 94,3 | 93,9 | 93,4 | 93,0 | 92,6 |
| 88 - 90 | 98,2 | 97,7 | 97,3 | 96,9 | 96,4 | 96,0 | 95,6 |
| 91 - 93 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99,4 | 99,0 | 98,6 |
| 94 - 96 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 97 o más | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

B.- FARMACÉUTICOS O QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

- Nivel 1** Subdirector Médico Servicio de Salud
Director Hospital Tipo 1
Director Hospital Tipo 2
Subdirector Médico Tipo 1
- Nivel 2** Jefes Depto. Direcciones de Servicio
Director Atención Primaria
Director Hospital Tipo 3
Subdirector Médico Tipo 2
Jefe Servicio Clínico Hospital Tipo 1
- Nivel 3** Jefe Servicio Farmacia Hospital Tipo 1
Jefe Unidad de Apoyo Hospital Tipo 1
Director Consultorio más de 100.000 habitantes
- Nivel 4** Director Hospital Tipo 4
Subdirector Médico Tipo 3
Jefe Servicio Farmacia Hospital Tipo 2
Jefe Servicio Clínico Hospital Tipo 2
Jefe Unidad de Apoyo Hospital Tipo 2
Jefe Programa Regional
- Nivel 5** Jefe Servicio Clínico Hospital Tipo 3
Jefe Servicio Farmacia Hospital Tipo 3
Jefe Servicio Dental Hospital Tipo 3
Jefe Unidad de Apoyo Hospital Tipo 3
Jefe Of. Profesiones Médicas y Paramédicas
Jefe o encargados de programas con desempeño en las Direcciones de Servicios de Salud.
Director Consultorio entre 25.000 y 100.000 habitantes
Sub Jefe Servicio Clínico Hospital Tipo 1
- Nivel 6** Dispositivo de salud Mental de la Red
Jefe Centro de Costo hospital tipo 3
Jefe Unidades Asesoras Director Hospital tipo 3
Encargados de Farmacia Hospital tipo 1
Sub Jefe Servicio Clínico Hospital Tipo 2
Jefe Equipo Hospital Tipo 1 u Hospital Tipo 2
- Nivel 7** Jefe Unidades Clínicas Hospital tipo 2
Jefe o encargados de Programas a nivel del establecimiento.
Encargados a áreas o secciones dentro de la Unidad o Servicio Clínico.

Los Centros de Referencia de Salud serán considerados como establecimientos tipo 3 y los Centros Diagnóstico - Terapéuticos se igualarán al Establecimiento al cual se encuentran adosados.

TABLA DE ASIGNACIÓN DE PUNTAJES

B.- FARMACÉUTICOS O QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

(Máximo 125 pts.)

| Meses | Niveles | | | | | | |
|---------|---------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 01 - 03 | 3,9 | 3,3 | 2,8 | 2,2 | 1,7 | 1,1 | 0,6 |
| 04 - 06 | 7,7 | 7,2 | 6,6 | 6,1 | 5,5 | 5,0 | 4,4 |
| 07 - 09 | 11,6 | 11,0 | 10,5 | 9,9 | 9,4 | 8,8 | 8,3 |
| 10 - 12 | 15,4 | 14,9 | 14,3 | 13,8 | 13,2 | 12,7 | 12,1 |
| 13 - 15 | 19,3 | 18,7 | 18,2 | 17,6 | 17,1 | 16,5 | 16,0 |
| 16 - 18 | 23,1 | 22,6 | 22,0 | 21,5 | 20,9 | 20,4 | 19,8 |
| 19 - 21 | 27,0 | 26,4 | 25,9 | 25,3 | 24,8 | 24,2 | 23,7 |
| 22 - 24 | 30,8 | 30,3 | 29,7 | 29,2 | 28,6 | 28,1 | 27,5 |

| Meses | Niveles | | | | | | |
|----------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 – 27 | 34,7 | 34,1 | 33,6 | 33,0 | 32,5 | 31,9 | 31,4 |
| 28 – 30 | 38,5 | 38,0 | 37,4 | 36,9 | 36,3 | 35,8 | 35,2 |
| 31 – 33 | 42,4 | 41,8 | 41,3 | 40,7 | 40,2 | 39,6 | 39,1 |
| 34 – 36 | 46,2 | 45,7 | 45,1 | 44,6 | 44,0 | 43,5 | 42,9 |
| 37 – 39 | 50,0 | 49,5 | 48,9 | 48,4 | 47,8 | 47,3 | 46,8 |
| 40 – 42 | 53,9 | 53,3 | 52,8 | 52,2 | 51,7 | 51,1 | 50,6 |
| 43 – 45 | 57,7 | 57,2 | 56,6 | 56,1 | 55,5 | 55,0 | 54,4 |
| 46 – 48 | 61,6 | 61,0 | 60,5 | 59,9 | 59,4 | 58,8 | 58,3 |
| 49 – 51 | 65,4 | 64,9 | 64,3 | 63,8 | 63,2 | 62,7 | 62,1 |
| 52 – 54 | 69,3 | 68,7 | 68,2 | 67,6 | 67,1 | 66,5 | 66,0 |
| 55 – 57 | 73,1 | 72,6 | 72,0 | 71,5 | 70,9 | 70,4 | 69,8 |
| 58 – 60 | 77,0 | 76,4 | 75,9 | 75,3 | 74,8 | 74,2 | 73,7 |
| 61 – 63 | 80,8 | 80,3 | 79,7 | 79,2 | 78,6 | 78,1 | 77,5 |
| 64 – 66 | 84,7 | 84,1 | 83,6 | 83,0 | 82,5 | 81,9 | 81,4 |
| 67 – 69 | 88,5 | 88,0 | 87,4 | 86,9 | 86,3 | 85,8 | 85,2 |
| 70 – 72 | 92,4 | 91,8 | 91,3 | 90,7 | 90,2 | 89,6 | 89,1 |
| 73 – 75 | 96,2 | 95,7 | 95,1 | 94,6 | 94,0 | 93,5 | 92,9 |
| 73 – 78 | 101,9 | 101,4 | 100,8 | 100,2 | 99,7 | 99,1 | 98,6 |
| 78 – 81 | 105,8 | 105,3 | 104,7 | 104,2 | 103,6 | 103,0 | 102,5 |
| 82 – 84 | 109,8 | 109,2 | 108,6 | 108,1 | 107,5 | 107,0 | 106,4 |
| 85 – 87 | 113,7 | 113,1 | 112,6 | 112,0 | 111,4 | 110,9 | 110,3 |
| 88 – 90 | 117,6 | 117,0 | 116,5 | 115,9 | 115,4 | 114,8 | 114,2 |
| 91 – 93 | 121,5 | 121,0 | 120,4 | 119,8 | 119,3 | 118,7 | 118,2 |
| 94 – 96 | 125,0 | 124,9 | 124,3 | 123,8 | 123,2 | 122,6 | 122,1 |
| 97 o más | 125,0 | 125,0 | 125,0 | 125,0 | 125,0 | 125,0 | 125,0 |

2.- Relación de aportes realizados

- ❖ Este puntaje se asignará por cada aporte realizado por el profesional en el ámbito clínico o administrativo, impulsado por el profesional y el impacto que ha tenido, en el periodo objeto de evaluación, ya sea en forma individual o en conjunto con otros profesionales. (Anexo N° 16)
- ❖ Se dará mayor puntaje al profesional que haya hecho la contribución más relevante cuando se trate de iniciativas colectivas.
- ❖ Se acredita mediante una relación cronológica y pormenorizada de los aportes realizados en el ámbito clínico o administrativos, elaborado por la jefatura correspondiente (Director de Servicio, Director de establecimiento, Subdirector Médico, Jefe de Servicio Clínico u otro, según corresponda).
- ❖ Se excluyen de esta evaluación las actividades de Investigación, Docencia y actuación en situaciones de emergencia, las que fueron evaluadas en el Área técnica y clínica respectivamente.

Asignación de Puntajes, todas las profesiones:

- ❖ Se evaluará cada aporte realizado dentro del periodo sumándose los puntajes obtenidos en cada una de las tablas de acuerdo al siguiente detalle:

| Nivel Participación | | Ámbito de Aplicación | | Impacto | |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|------------------|----------------|
| Categoría | Puntaje | Categoría | Puntaje | Categoría | Puntaje |
| Individual | 7 | Servicio y/o Red Establecimiento | 10 | Alto | 3 a 5 |
| Colectiva: | | | | | |
| Alto | 12 | Unidad de Trabajo | 7 | Mediano | 1 a 2 |
| Mediano | 10 | | | | |
| Bajo | 8 | | | | |

A.- MÉDICOS CIRUJANOS, CIRUJANOS DENTISTAS Y BIOQUÍMICOS (Máximo 50 pts.)

- ❖ Se considerará los aportes realizados que haya tenido por resultado mejoras en la calidad o cantidad de los servicios proporcionados a la población usuaria, Ejemplos: Realización de consultorías, Asesorías Técnicas Patologías GES, Coordinación Unidades Internas, Coordinación Red Asistencial, Consultoría Atención Primaria, entre otras. Finalmente se considerará la Gestión y los aportes en el ámbito de Acreditación de Calidad de la Institución.

B.- FARMACÉUTICOS O QUÍMICOS FARMACÉUTICOS (Máximo 100 pts.)

- ❖ Se considerarán los aportes hechos para la evaluación del arsenal farmacológico a través de la realización de estudios técnicos o informes especiales, como los de utilización de medicamentos, entre otros. También se acreditará la participación de dichos profesionales en la gestión del suministro de los medicamentos. Finalmente se considerará la Gestión y los aportes en el ámbito de Acreditación de Calidad de la Institución (Se asignará el doble de puntaje de la tabla indicada)

3.- Reconocimientos Institucionales

- ❖ Se evaluarán los reconocimientos recibidos por el profesional en el periodo a evaluar, por desempeño destacado o por labores en beneficio de la comunidad o de los funcionarios de su servicio, unidad o establecimiento.
- ❖ Se incluirá la participación del profesional en instancias formales de actividades organizadas por el Ministerio de Salud o los organismos relacionados por él, tales como comisiones o comités de: capacitación, acreditación, concursos, calificaciones, ética, infecciones intrahospitalarias u otros semejantes, incluyendo en ellas la participación como representante gremial o funcionario.
- ❖ Se acreditará mediante relación cronológica de los reconocimientos recibidos por el profesional en el periodo a evaluar, elaborado por la autoridad que corresponda en cada caso o mediante la presentación de los documentos que acrediten la distinción otorgada. (Anexo N° 17)
- ❖ La participación en instancias formales como Comisiones o Comités se acreditará mediante la Resolución que lo designa integrante, copia de comisión servicios, si correspondiere, Certificado de Oficina de Personal (para información registrada en la Hoja de vida) o Certificado de Jefe de Servicio o Unidad.
- ❖ Se asignará puntaje por cada reconocimiento recibido o por cada comité que ha integrado, con su respectiva certificación y/o resolución, según la siguiente tabla:

- ♦ **Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas y Bioquímicos** (Máximo 50 pts.)
- ♦ **Farmacéuticos o Químicos Farmacéuticos** (Máximo 75 pts.)

| Categoría | Nacional/ Internacion al | Servicio de Salud/ Red Asistencial | Establecimien to | Servicio o Unidad |
|--|---|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| Desempeño destacado | Hasta 20 | Hasta 15 | Hasta 10 | Hasta 5 |
| Labor en Beneficio de la Comunidad | Hasta 10 | Hasta 10 | Hasta 8 | Hasta 5 |
| Labor en Beneficio de los Funcionarios | | Hasta 10 | Hasta 8 | Hasta 5 |
| Participación en comisiones y/o comités | 7,5 por participació n Máximo 15 | 4 por participación Máximo 12 | 2 por participación Máximo 8 | 1 por participació n Máximo 5 |

7.- DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- ❖ Efectuada la evaluación, la Comisión emitirá una nómina en que se ordenen los profesionales según puntaje decreciente conforme al resultado del proceso de acreditación.
- ❖ Esta nómina se publicará **en el Departamento Subdirección de las Personas, Oficinas de Personal de los Establecimientos y en otros medios que el Servicio estime conveniente.**
- ❖ La nómina se entenderá notificada a todos los profesionales el segundo día hábil a contar de la publicación.

8.- DE LAS APELACIONES

- ❖ Los profesionales tendrán derecho a apelar ante el Director del Servicio de Salud, respecto de los puntajes asignados por la Comisión de Acreditación, dentro del plazo de 5 días hábiles contados de la fecha de la notificación.
- ❖ La apelación deberá ser mediante carta escrita en duplicado, señalando con precisión el área y factor al que apela y los documentos, antecedentes y fundamentos en que apoya su reclamación, no pudiendo acompañar ni hacer valer antecedentes nuevos que no hayan sido invocados en su presentación al Proceso de Acreditación, pero podrá aclarar los antecedentes presentados.
- ❖ **Las apelaciones se harán llegar al Director del Servicio**, a través de la Subdirección de las Personas, quien enviará o entregará al apelante, según corresponda, el duplicado de su apelación como certificación de la recepción de la apelación.
- ❖ El Director del Servicio deberá pronunciarse en única instancia respecto de la apelación presentada por el profesional, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la apelación, notificando su resolución al profesional y a la comisión de selección, en igual plazo.

9.- DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN:

- ❖ Para ser acreditado el profesional deberá obtener al menos 600 puntos como puntaje total y satisfacer los mínimos expresados en cada área.
- ❖ Con los resultados del proceso de acreditación de cada profesional y de la resolución de la apelación cuando corresponda, la Comisión de Acreditación emitirá un informe de acreditación y nóminas firmadas por el Presidente y Secretario Ejecutivo de la Comisión de Acreditación, donde se indicará:
 - a) los profesionales que acreditaron, es decir que cumplieron los puntajes mínimos, ordenados por cada profesión y nivel, de manera decreciente según los puntajes obtenidos, y
 - b) los profesionales que no cumplieron los puntajes mínimos de acreditación, ordenados por cada profesión y nivel.
- ❖ Copia de estas nóminas, será entregada al Director del Servicio de Salud para su sanción mediante resolución.

10.- DE LOS CRITERIOS DE DESEMPATE:

- Respecto de los profesionales acreditados durante un mismo proceso, primará el puntaje total de acreditación; en caso de empate dirimirá según el puntaje obtenido en las áreas clínica, técnica y organizacional, en ese orden de prelación. En el caso de que persista el empate, la Comisión de Acreditación propondrá una fórmula de desempate con los antecedentes objetivos aportados.

11.- DE LOS EFECTOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

- ❖ **Los profesionales que aprueben** la acreditación accederán en el respectivo cargo al nivel inmediatamente siguiente, siempre que exista cupo financiero para ello, lo que deberá ser reconocido por resolución del Director del Servicio de Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley N° 19.664, a contar de cuya data percibirán la asignación de experiencia calificada.
- ❖ **De no existir cupo**, pasarán a integrar, por orden de precedencia, según el proceso en que resultaron acreditados, una nómina por profesión que para esos 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 19.664.
- ❖ **Los profesionales que no aprueben** la acreditación a que deban someterse mantendrán su cargo y el nivel en que se encontraren, pero deberán presentar anualmente sus antecedentes para nuevas acreditaciones en ese cargo.
- ❖ A los 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.

**FORMULARIO POSTULACION PROCESO DE ACREDITACION PROFESIONALES LEY
19.664.
(Proceso 2021)**

1. IDENTIFICACION

| | | |
|--|------------------|---------|
| | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| RUT: | | |
| Nacionalidad: | | |
| Domicilio (Para recepción de correspondencia): | | |
| | | |
| Contacto | | |
| Teléfono Particular | Laboral | email |

Título: _____

| | | |
|-------------|------|-------|
| Universidad | Sede | Fecha |
| | | |

Certificación de Especialidad/Subespecialidad:

| | | |
|--------------|---------------------------|-------|
| Especialidad | Institución que la otorgó | Fecha |
| | | |

| | | | |
|--|-------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | Años desempeño | REX: establecimiento | Autoridad que emite certificado |
| Especialidad (Sólo las Certificadas por Desempeño) | | | |

2. CARGOS ACTUALES:**a) SECTOR PUBLICO**

| | | | | |
|-------------|--------------|------|------|-------|
| | | | | |
| INSTITUCION | ESPECIALIDAD | Tit. | Cont | HORAS |
| | | | | |
| | | | | |
| INSTITUCION | ESPECIALIDAD | Tit. | Cont | HORAS |
| | | | | |
| | | | | |
| INSTITUCION | ESPECIALIDAD | Tit. | Cont | HORAS |
| | | | | |

ACREDITACION VOLUNTARIA/ EXCELENCIA SI NO **3. IDENTIFICACIÓN CARGO Y NIVEL QUE ACREDITA (Actual)**

| CARGO | HORAS | Calidad Jurídica | | PLANTA SUPERIOR | |
|-------|-------|------------------|----------|-----------------|-----------|
| | | Titular | Contrat. | NIVEL II | NIVEL III |
| | | | | | |

Ciudad_____
Fecha_____
Firma Profesional

(Continúa en la página siguiente)

RESUMEN DOCUMENTOS PROCESO DE ACREDITACION PROFESIONALES LEY 19.664

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

| AREA | FACTOR | TOTAL DCTOS. PRESENTADOS | REVISIÓN (Uso Depto. Recursos Humanos) |
|------------------------------|---|-----------------------------|---|
| TECNICA | 1.-Capacitación, Perfeccionamiento y Subespecialización | | |
| | 2.- Labor Docente y de Investigación. 2.1.- Labor docente Institucional 2.2.- Investigación | | |
| | 3.- Reconocimiento Académico | | |
| CLINICA | a.- Atención Abierta | | |
| | b.- Atención Cerrada | | |
| | c.- Procedimientos y Exámenes | | |
| | d.- Actuación en situaciones críticas / Atención Pacientes Especiales * | | |
| ORGANIZA - CIONAL | 1.- Relación de Cargos y Funciones de responsabilidad | | |
| | 2.- Relación de aportes realizados | | |
| | 3.- Reconocimientos Institucionales | | |
| | TOTAL ANTECEDENTES PRESENTADOS | | |

| |
|---|
| RECEPCION ANTECEDENTES (Uso Interno Subdirección Recursos Humanos) |
| Nombre Revisor: _____ Cargo: _____ Fecha: _____ Firma: _____ |

 FIRMA POSTULANTE

**AREA TECNICA
 TODAS LAS PROFESIONES**

ACTIVIDADES DE CAPACITACION, PERFECCIONAMIENTO Y ESPECIALIZACION

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | FECHA | INSTITUCION DONDE LA REALIZO | Evaluación | | USO COMISION |
|------------------------|-------|------------------------------|------------|----|--------------|
| | | | Si | NO | Puntaje |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |
| 21. | | | | | |
| 22. | | | | | |
| 23. | | | | | |
| 24. | | | | | |
| 25. | | | | | |
| 26. | | | | | |
| 27. | | | | | |
| 28. | | | | | |

TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:

Fecha: _____

 FIRMA POSTULANTE

**AREA TECNICA
DOCENCIA INSTITUCIONAL
TODAS LAS PROFESIONES**

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD | FECHA | ESTABLECIMIENTO DONDE LA REALIZO | CLASIFICACION ACTIVIDAD ¹ | USO COMISION |
|------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| | | | | Puntaje |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. | | | | |
| 12. | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |
| 17. | | | | |
| 18. | | | | |
| 19. | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | | | | |

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad.

TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:

Fecha: _____

Firma Profesional

¹ Identificar docencia en Seminario, Clases, Charlas en reuniones Clínicas, puesta al día, actualizaciones de normativas clínicas u otra.

**AREA TECNICA
TODAS LAS PROFESIONES**

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de Certificados o diplomas entregados por las entidades o instituciones responsables de la actividad.

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

I.- Relación Cronológica de Actividades Realizadas:

| TITULO DE LA INVESTIGACIÓN | AÑO | CALIDAD | | | USO COMISION (puntajes) |
|----------------------------|-----|---------|---------|-----------------|----------------------------|
| | | Autor | Coautor | Colabora dor | Puntaje |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |

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

Declaro que los antecedentes entregados corresponden a la realidad.

TOTAL DOCUMENTOS ENTREGADOS:

Fecha: _____

Firma Profesional

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ² | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | | | | | | | | | |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | | | | |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

²Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ³ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | | | | |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

³Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁴ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | | | | | | | | | |
| | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | | | | |
| | 01.01.2020 | 31.12.2020 | | | | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁴Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA REALIZADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION cuantitativo |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|--|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some)

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha _____

Fecha: _____

Fecha: _____

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA REALIZADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION cuantitativo |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|--|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | |
| | | | | Programadas | Realizadas | |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some)

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha _____

Fecha: _____

Fecha: _____

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA REALIZADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION cuantitativo |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|--|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento |
| | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | |
| | 01.01.2020 | 31.12.2021 | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some)

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha _____

Fecha: _____

Fecha: _____

AREA CLINICA
CERTIFICACION ACTIVIDADES ATENCION CERRADA
 Periodo **01.01.2013-31.12.2021**

MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO

SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁵ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | | | | |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁵Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
CERTIFICACION ACTIVIDADES ATENCION CERRADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO

SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|----------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁶ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | | | | |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁶Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
CERTIFICACION ACTIVIDADES ATENCION CERRADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

ANEXO N° 6

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁷ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | | | |
| | 01.01.2020 | 31.12.2020 | | | | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁷Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA CERRADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

ANEXO N° 6.1

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION | |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|------------------------|--------------|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % | cuantitativo |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento | |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | | |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some) Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha _____
MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA CERRADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

ANEXO N° 6.1

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|--------------------|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: _____ HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION | |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|------------------------|--------------|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % | cuantitativo |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento | |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | | |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some) Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

**AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA CERRADA
Periodo 01.01.2013-31.12.2021**

**MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Debe ser completado por el Jefe de SOME.**

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % |
| | | | | Programadas | Realizadas | |
| | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | cuantitativo |
| | 01.01.2020 | 31.12.2020 | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some)

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁸ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | | | | | | | | | |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | | | | |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁸Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|-------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ⁹ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | | | | | | | | | |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | | | | |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

⁹Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

AREA CLINICA
CERTIFICACION PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES
Periodo 01.01.2013-31.12.2021

ANEXO N° 7

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE OTORGA CERTIFICADO

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE POSTULA ACREDITACION.

| | |
|-------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| SERVICIO CLÍNICO: | |
| UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

IV.- CERTIFICACION ASPECTOS CUALITATIVOS:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Periodo 01.01.2013-31.12.2021) | | | ASPECTOS CUALITATIVOS (El Profesional responde...) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|---|----------------------------|--|-----------------------|----------------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/Hrs. ₁₀ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | Más de lo esperado | Dentro de lo esperado | Menos de lo esperado | Cualitativo |
| | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | | | | |
| | 01.01.2020 | 31.12.2020 | | | | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | | | | |
| 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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

¹⁰Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

ANEXO N° 7.1

**AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
CERTIFICACION PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES PERIODOS DESDE Periodo 01.01.2013-31.12.2021**

Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento |
| | 01.01.2013 | 31.12.2013 | | | | cuantitativo |
| | 01.01.2014 | 31.12.2014 | | | | |
| | 01.01.2015 | 31.12.2015 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some) Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre Subdirector Médico

Fecha _____

Fecha: _____

Fecha: _____

**AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
CERTIFICACION PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES Periodo 01.01.2013-31.12.2021**

Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | USO EXCLUSIVO COMISION |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|------------------------|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % |
| | | | | Programadas | Realizadas | |
| | 01.01.2016 | 31.12.2016 | | | | cuantitativo |
| | 01.01.2017 | 31.12.2017 | | | | |
| | 01.01.2018 | 31.12.2018 | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some)
Fecha _____

Firma y Timbre Jefatura
Fecha: _____

Firma y Timbre Subdirector Médico
Fecha: _____

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

**AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME
CERTIFICACION PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES Periodo 01.01.2013-31.12.2021**

ANEXO N° 7.1

MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS Y QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Debe ser completado por el Jefe de SOME.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONALES QUE SUSCRIBEN:

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| |
|------------|
| NOMBRE: |
| JEFE: |
| NOMBRE: |
| JEFE SOME: |
| HOSPITAL: |

| |
|---|
| NOMBRE: |
| ESPECIALIDAD: |
| HOSPITAL |
| LUGAR DE TRABAJO: |
| CARGO: HRS.: |

III.- CERTIFICACION ASPECTOS CUANTITATIVOS

| Unidad de Trabajo | PERIODO | | ASPECTOS CUANTITATIVOS (Debe ser completado por Jefe SOME) | | | | USO EXCLUSIVO COMISION cuantitativo |
|-------------------------|------------|------------|---|-------------|------------|--------------|--|
| | Desde | Hasta | Horas Destinadas | Actividades | | % | |
| | | | | Programadas | Realizadas | Cumplimiento | |
| | 01.01.2019 | 31.12.2019 | | | | | |
| | 01.01.2020 | 31.12.2020 | | | | | |
| | 01.01.2021 | 31.12.2021 | | | | | |
| 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 Atención Usuario Externo (Some) Firma y Timbre Jefatura
Fecha _____ Fecha: _____

Firma y Timbre Subdirector Médico
Fecha: _____

SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

AREA CLINICA

**MEDICOS CIRUJANOS. BIOQUIMICOS Y QUIMICOS
FARMACEUTICOS**

CERTIFICACION CALIFICACION

DR (A) : _____

CARGO : _____

ESTABLECIMIENTO. _____

ULTIMAS TRES CALIFICACIONES:

| PERIODO | LISTA | PUNTAJE | USO DE LA COMISIÓN |
|---------|-----------|---------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | PROMEDIO: | | |

- **NOTAS DE MÉRITO:** **REGISTRA N°** **NO REGISTRA**
 (Sólo último periodo evaluado)
- **NOTAS DE DEMÉRITO:** **REGISTRA N°** **NO REGISTRA**
 (Sólo último periodo evaluado)

JEFE PERSONAL

DIRECTOR HOSPITAL

FECHA: _____

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
SUBDIRECCION DE LAS PERSONAS

**AREA CLINICA
ACTUACION EN SITUACIONES CRÍTICAS
Periodo 01.01.2013-31.12.2021**

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

**MÉDICOS CIRUJANOS, BIOQUÍMICOS, QUÍMICOS FARMACÉUTICOS Y
ODONTOLOGOS EN SITUACIONES ESPECIALES**

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- ACTUACION EN SITUACIONES CRÍTICAS:

| PERIODO | DESCRIPCION PARTICIPACION ACTIVIDAD CRITICA |
|---------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

IV.- APRECIACION JEFE DIRECTO: (Indicar disposición del profesional para actuar en estas situaciones, u otra información relevante)

| | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Siempre | <input type="checkbox"/> | Frecuentemente | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> |
| Nunca | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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.

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre
Subdirector Médico Hospital

AREA CLINICA
ATENCION ABIERTA

CIRUJANOS DENTISTAS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- IDENTIFICACION CRONOLÓGICA DE ACTIVIDADES

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA Periodo 01.01.2013-31.12.2021 | | | Uso Comisión Puntaje |
|-------------------|---------|-------|---|---|-------------------------|----------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/ Hrs. ¹¹ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

IV.- OBSERVACIONES (Otros antecedentes que desee poner en antecedentes de la Comisión, relacionados con el Factor

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

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.

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre
Subdirector Médico Hospital

¹¹Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
ATENCION CERRADA

CIRUJANOS DENTISTAS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- IDENTIFICACION CRONOLÓGICA DE ACTIVIDADES

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA Periodo 01.01.2013-31.12.2021 | | | Uso Comisión Puntaje |
|-------------------|---------|-------|---|---|-------------------------|----------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/ Hrs. ¹² | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

IV.- OBSERVACIONES (Otros antecedentes que desee poner en antecedentes de la Comisión, relacionados con el Factor

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

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.

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre
Subdirector Médico Hospital

¹²Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales



AREA CLINICA
 PROCEDIMIENTOS DE APOYO

CIRUJANOS DENTISTAS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- IDENTIFICACION CRONOLÓGICA DE ACTIVIDADES

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS Periodo 01.01.2013-31.12.2021 | | | Uso Comisión Puntaje |
|-------------------|---------|-------|---|---|-------------------------|----------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/ Hrs. ¹³ | Breve descripción de funciones realizadas | % Estimado cumplimiento | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

IV.- OBSERVACIONES (Otros antecedentes que desee poner en antecedentes de la Comisión, relacionados con el Factor

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.

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre
 Subdirector Médico Hospital

¹³Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
ATENCION PACIENTES ESPECIALES

CIRUJANOS DENTISTAS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- ATENCION PACIENTES ESPECIALES:

| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | | ACTIVIDADES ATENCION ABIERTA Periodo 01.01.2013-31.12.2021 | | Uso Comisión Puntaje |
|-------------------|---------|-------|---|-----------------------------|----------------------|
| | Desde | Hasta | HrsT/ Hrs. ¹⁴ | Breve descripción pacientes | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

IV.- APRECIACION JEFE DIRECTO: (Indicar disposición del profesional para realizar atención de pacientes especiales, u otra información relevante)

| | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Siempre | <input type="checkbox"/> | Frecuentemente | <input type="checkbox"/> | A veces | <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 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.

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

Firma y Timbre
Subdirector Médico Hospital

¹⁴Considerar Horas destinadas a las funciones en la Unidad respectiva/ Horas Totales

AREA CLINICA
CERTIFICACION SOME HOSPITAL
PERIODO 01.01.2013-31.12.2021

CIRUJANOS DENTISTAS

Debe ser completado por el Jefe de SOME Hospital.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| |
|---------------------|
| NOMBRE: |
| JEFE SOME HOSPITAL: |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL FUNCIONARIO:

| | |
|--------------------|----------|
| NOMBRE: : | HOSPITAL |
| UNIDAD DE TRABAJO: | |
| CARGO: | HORAS: |

III.- CERTIFICACION Periodo 01.01.2013-31.12.2021

ATENCION ABIERTA:

| Unidad de Trabajo | Periodo | | Horas Contratadas | Altas Odontológicas de Nivel Primario o de Especialidad | | % estimado Cumplimiento | Uso Comisión |
|-------------------|------------|------------|-------------------|---|------------|-------------------------|--------------|
| | Desde | Hasta | | Comprometidas | Realizadas | | Puntaje |
| | 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 | 31.12.2021 | | | | | |

PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES

| Unidad de Trabajo | Periodo | | Horas Contratadas | INDICADORES ^ℙ | | % estimado Cumplimiento | Uso Comisión |
|-------------------|------------|------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|--------------|
| | Desde | Hasta | | N° | Tipo Procedimiento | | Puntaje |
| | 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 | 31.12.2021 | | | | | |

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefe SOME

^ℙ Indicar en N°= número, en Tipo Procedimiento: Radiografías intra y/o extra laborales tomadas por el especialista; biopsias incisionales y análisis de biopsias realizadas por el profesional u otros que debe identificar.

AREA ORGANIZACIONAL
RELACION DE CARGOS Y FUNCIONES DE RESPONSABILIDAD
TODAS LAS PROFESIONES

Debe ser completado por el postulante, adjuntando copias o fotocopias de las Resoluciones y Certificados respectivos

En caso de requerir más hojas, fotocopie este anexo.

| DOCUMENTO N° /FECHA | DESIGNACION / NOMBRAMIENTO/ ENCOMENDACION | PERIODO DESDE / HASTA | Nivel ¹⁵ Resp. | Uso Comisión | |
|------------------------|---|--------------------------|------------------------------|-----------------|-------|
| | | | | Mese s | Ptje. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

TOTAL DOCUMENTOS PRESENTADOS

Firma Postulante

FECHA: _____

¹⁵ Niveles de Responsabilidad: Ver número nivel de responsabilidad definido en las Bases.

AREA ORGANIZACIONAL
TODAS LAS PROFESIONES
RELACION DE APORTES REALIZADOS

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo.

I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- RELACION DE APORTES REALIZADOS:

| PERIODO | DESCRIPCION APORTE | Nivel particip | Ámbito de Aplicación | Impacto |
|---------|--------------------|----------------|----------------------|---------|
| | | . | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV.- APRECIACION JEFE DIRECTO:

| |
|--------------------|
| Comentario: |
|--------------------|

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

Fecha: _____

Firma y Timbre Jefatura

AREA ORGANIZACIONAL
TODAS LAS PROFESIONES
RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Debe ser completado por el Jefe Servicio o Unidad de Apoyo o por el profesional presentando los documentos que acredite la distinción correspondiente.

| | |
|--|----------|
| I.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE SUSCRIBE (Si es el postulante, dejar en blanco): | |
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|-----------------------|----------|
| NOMBRE: | |
| ESPECIALIDAD: | HOSPITAL |
| JEFE SERVICIO CLÍNICO | |
| JEFE UNIDAD DE APOYO: | |
| OTRO: | |

III.- RELACION DE APORTES REALIZADOS:

| Fecha | Tipo Documento ^A | Descripción reconocimiento ^B | Entidad que lo Certifica | USO 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 DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

Fecha: _____

Firma Profesional

^A Indicar: Oficio Resolución, Carta, Memo, Diploma, etc.

^B Considerar: Desempeño destacado; Beneficio a la Comunidad o Funcionarios y Participación Comisiones o Comités.

AREA CLINICA
TODAS LAS PROFESIONES
SITUACION DE EXCEPCION (SITUACIÓN 7)

Debe ser completado anualmente por el postulante y **validado por Jefatura Directa a través de nivel de cumplimiento.**

I.- IDENTIFICACION JEFATURA:

| | |
|----------------|------------------|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | ESTABLECIMIENTO: |
| OBSERVACIONES: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|----------------|-----------------|
| NOMBRE: | |
| PROFESION: | ESTABLECIMIENTO |
| CARGO ACTUAL | |
| OBSERVACIONES: | |

III.- PRINCIPALES FUNCIONES:

| Debe ser completado por postulante (Columna 1 y 2) | | Debe ser completado por Jefatura (Columna 3,4 y 5) | | |
|--|---------------------------------------|--|----------------|------------------|
| Período | Principales Actividades y/o funciones | % Cumplimiento | % satisfacción | Valoración Final |
| Año 2013 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2014 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2015 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2016 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2017 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2018 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |

| | | | | |
|----------|-----|--|--|--|
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2019 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2020 | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| Año 2021 | 7. | | | |
| | 8. | | | |
| | 9. | | | |
| | 10. | | | |
| | 11. | | | |
| | 12. | | | |

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 DE DOCUMENTOS PRESENTADOS:

Fecha: _____

Firma Jefatura

CERTIFICADO
DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES DEL POSTULANTE

Debe ser completado **por Jefatura Directa.**

I.- IDENTIFICACION JEFATURA:

| | |
|----------------|------------------|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | ESTABLECIMIENTO: |
| OBSERVACIONES: | |

II.- IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE ACREDITA:

| | |
|----------------|-----------------|
| NOMBRE: | |
| PROFESION: | ESTABLECIMIENTO |
| CARGO ACTUAL | |
| OBSERVACIONES: | |

Por intermedio del presente, certifico que el profesional aludido en el presente anexo, desempeña sus actividades y funciones en conformidad a la:

SITUACION: _____ (Indicar número que aplica según glosario descrito)

Situación 1: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta y Cerrada

Situación 2: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta y Atención en procedimientos y exámenes.

Situación 3: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Cerrada y Atención en procedimientos y exámenes

Situación 4: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Cerrada.

Situación 5: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención Abierta.

Situación 6: Aquella en la cual el profesional funcionario desarrolla sólo Atención en procedimientos y exámenes (Radiólogos, anestesistas, anatomo patólogo, etc.)

Situación 7: Es aquella en la cual el profesional funcionario no desempeña atención abierta, cerrada, procedimientos y exámenes, es decir, sus actividades son de tipo Administrativas. (Ejemplo profesional funcionario con encomendación de funciones de Director de Hospital, Jefe Depto. Técnico; Epidemiólogo, etc.)

Fecha: _____

Firma Jefatura