|  |
| --- |
| **ANEXO A****RECEPCIÓN DE LA POSTULACIÓN PROCESO ACREDITACIÓN LEY N° 19.664** **.** |

**I.-** **IDENTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Postulante |  |
| RUT |  |
| Establecimiento |  |

**II.- DOCUMENTACIÓN ENTREGADA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AREA** | **FACTORES** | **N° DOCTO.** | **DESCRIPCION DOCTO.** | **PTAJE. (USO EXCLUSIVO COMISION)** |
| **Técnica** | Subespecialización |  |  |  |
| Act. Capacitación c/evaluación |  |  |  |
| Act. Capacitación s/evaluación |  |  |  |
| Act. Perfeccionamiento c/evaluación |  |  |  |
| Act. Perfeccionamiento s/evaluación |  |  |  |
| Labor Docente |  |  |  |
| Labor Investigación |  |  |  |
| Reconocimiento Académico |  |  |  |
| **Clínica** | Atención Abierta |  |  |  |
| Atención Cerrada |  |  |  |
| At. Proc. Y Exámenes / Proc. Apoyo |  |  |  |
| Act. Sit. Críticas / At. Pacientes Esp. |  |  |  |
| **Organizacional** | Relación de cargos y Funciones de resp. |  |  |  |
| Relación aportes realizados |  |  |  |
| Reconocimientos institucionales |  |  |  |

**ME HAGO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD Y PERTINENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA AL PROCESO**

**Firma Postulante**

FECHA RECEPCION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA RECEPTOR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 1**

# CUADRO RESUMEN ACTIVIDADES DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO

# (Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE ACTIVIDAD | C/EVALUACION | S/EVALUACION | Nº HRS. | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOTA:**

**ACOMPAÑAR ESTE ANEXO CON SUS RESPECTIVAS CERTIFICACIONES.**

**ANEXO Nº 2**

# CERTIFICADO LABOR DOCENTE COMO PROFESIONAL FUNCIONARIO

# (Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

NOMBRE DEL POSTULANTE

TIPO DE DOCENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE\_PROFESORA GUÍA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE EVALUADORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE DOCENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD DOCENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Total meses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Firma y Timbre

(UNIDAD CAPACITACION Y/O DIRECTOR ESTB. CORRESPONDIENTE)

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN** |
| TOTAL HORAS PEDAG. | **PUNTAJE** |
|  |  |
| **FIRMA** |

Fecha de emisión de este certificado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 3**

# LABOR DE INVESTIGACION COMO PROFESIONAL FUNCIONARIO

# (Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Ordenar los trabajos en orden decreciente según el puntaje al que se postula.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL TRABAJO | PERIODO | AUTOR O COAUTOR | COLABORADOR | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ANEXO N° 4**

**CERTIFICADO**

**(Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)**

El Director / Subdirector Médico del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifica que el

Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en el Servicio o

Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el período de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_realizando EXAMENES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con un porcentaje de cumplimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Y demostrando un \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desempeño.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado (a) para ser presentado ante

la Comisión de Acreditación Ley N° 19.664.

(Firma y Timbre Director /Subdirector Médico Estab. Correspondiente)

Iquique, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:**

**Utilizar sólo si no existiera certificado emitido por Jefe de Servicio y/o Unidad respectiva.**

**ANEXO Nº 5**

# ATENCIÓN ABIERTA (Médico Cirujano)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | CONSULTAS GENERALES | CONSULTAS ESPECIALIDAD | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO N° 6**

**CERTIFICADO ASPECTOS CUALITATIVOS**

**(Médico Cirujano)**

El Jefe de Servicio y/o Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_certifica que el

Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se ha desempeñado en este Servicio

y/o Unidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

en el período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

demostrando un \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desempeño.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado (a) para ser presentado ante

la Comisión de Acreditación Ley N° 19.664.

(Firma y Timbre Director /Subdirector Médico Estab. Correspondiente)

Iquique, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 7**

# ATENCIÓN CERRADA (Médico Cirujano)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | N° CAMAS (manejo directo en c/año) | N° CIRUGIAS REALIZADAS, PARTOS, ANEST. U OTROS | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 8**

# ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES

# (Médico Cirujano – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | N° DE EXAMENES O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**FARMACEUTICO Y QUIMICO FARMACEUTICO**: Se considerarán actividades tales como la elaboración de dosis unitarias, la prescripción y despacho de 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 estos profesionales:

**(Firma y timbre Jefe Unidad Trabajo Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 9**

# ATENCIÓN ABIERTA (Cirujano Dentista)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | ALTAS ADONTOLOGICAS NIVEL PRIMARIO | ALTAS ESPECIALIDAD REALIZADAS | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 10**

# ATENCIÓN CERRADA (Cirujano Dentista)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | N° Visitas de Sala | N° Camas bajo su mando directo c/año | N° Cirugias | Pacientes atendidos bajo sedación o anestesia | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Considerar: Indicadores tales como: número de visitas de sala, número de camas bajo su mando directo cada año, o número de cirugías realizadas como primer cirujano o ayudante, pacientes atendidos bajo sedación o anestesia general u otros**.

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 11**

# ATENCIÓN PROCEDIMIENTOS DE APOYO (Cirujano Dentista)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | N° Radiografías Intra y/o Extraorales | N° Biopsias incisionales | N° Análisis de biopsias | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**(Firma y timbre Jefe Unidad Trabajo Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 12**

# ATENCIÓN DE PACIENTES ESPECIALES (Cirujano Dentista)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD DE TRABAJO | PERIODO | N° Atención de Pacientes | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Considerar:**

**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, iscrasias sanguíneas, pacientes con riesgo anestesiológico y otros de similar naturaleza.**

**(Firma y timbre Jefe Unidad Trabajo Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 13**

# ATENCIÓN ABIERTA (Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | Consultas Grales. | Consultas Esp. | N° Pacientes incluidos en el Prog. Consejería Farmacéutica  | HRS. SEM. | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 14**

# ATENCIÓN CERRADA (Farmacêutico – Químico Farmacéutico)

**NOMBRE DEL POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA:** Orden cronológico del servicio y/o unidades de trabajo en que se ha desempeñado el profesional en el período a evaluar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIDAD /SERVICIO | PERIODO | ACTIVIDADES REALIZADAS | HRS. SEMANALES | % CUMP. | **PUNTAJE****(Uso exclusivo de la Comisión)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NOTA: En el caso de los profesionales químico-farmacéuticos se incluirá el número de camas a cargo con perfil farmacoterapéutico en relación con el número total de camas en trabajo, cuando corresponda; el número de problemas relacionados con medicamentos detectados en pacientes atendidos en el establecimiento y su relevancia; y el número de recetas y prescripciones despachadas de medicamentos sujetos a control legal.**

**(Firma y timbre Jefe Servicio y/o Unidad Estab. Correspondiente)**

Iquique,

**ANEXO Nº 15**

# CERTIFICADO DE FUNCIONES DIRECTIVAS

# (Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacêutico – Químico Farmacêutico)

NOMBRE POSTULANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARGO DIRECTIVO (Especificar tipo de cargo)

CARGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

Fecha de inicio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de término : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA Y TIMBRE

 Director Establecimiento según corresponda

|  |  |
| --- | --- |
|  | **USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN** |
| TOTAL MESES  | **PUNTAJE** |
|  |  |
| **FIRMA** |

Iquique, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 16**

# CUADRO RESUMEN APORTES REALIZADOS

# (Médico Cirujano – Cirujano Dentista – Farmacéutico – Químico Farmacéutico)

NOMBRE DEL POSTULANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N°Certificado | NOMBRE DE LA ACTIVIDAD O DE LA DESCRIPCIÓN | PUNTAJE(Uso exclusivo de la Comisión) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANEXO Nº 17**

**Sres. Comisión de Acreditación**

**Servicio de Salud Iquique**

**PRESENTE**

 Yo, Dr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Subdirector(a) Médico del (indicar el establecimiento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me dirijo a Uds. con la finalidad de manifestar mi apoyo a la postulación del (la) Dr/a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al proceso de Acreditación Médica que está en curso.

 Además, dejo de manifiesto que el Dr/a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es un funcionario que desempeña sus funciones con esmero, profesionalismo y pulcritud, con un claro énfasis en el desarrollo público de la profesión, razones que me llevan a apoyar su solicitud.

 Atentamente.

Dr/a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subdirector Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iquique, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO Nº 18**

**CARTA SOLICITUD PARA ACREDITAR POR EXCELENCIA**

Junto con saludar, me dirijo a Ud. para solicitar su aprobación de participar en el proceso de Acreditación Médica de manera voluntaria, según el Art. 17º de la Ley Nº 19.664, en consideración a que tengo \_\_\_\_\_ años en el Nivel \_\_\_ de la Etapa de Planta Superior, de un cargo de \_\_\_ horas en el (indicar establecimiento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con lo cual puedo optar a la acreditación Voluntaria en la modalidad de Excelencia.

 Estoy en conocimiento del Proceso que se lleva a Cabo en el Servicio para el año 2016, por lo que solicito a Ud. me autorice a participar de él.

 Mediante el presente documento, quien suscribe manifiesta cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 24 del Dto. Nº 128/2004:

 Haber sido calificado en Lista 1, durante los cinco últimos años, con 97 puntos como mínimo.

 Poseer, a lo menos, tres anotaciones de mérito en los últimos cinco años, distribuidas en tres años del período.

 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. Se adjunta certificado.

 Sin otro particular atentamente a Usted.

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

Firma interesado

Iquique,